WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XII. WARSZAWA, MAJ 1938 R. NUMER V.

PRACE ORYGINALNE

Oddział urologiczny Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: T. E. Michałowski.

AKTUALNE POGLĄDY NA SPRAWĘ T. ZW. CHOROBY POOPERACYJNEJ

podał

E. MICHAŁOWSKI.

Nazwą choroby pooperacyjnej określamy zespół objawów ogólnych, występujących w różnym nasileniu po każdym zabiegu operacyjnym. Przyczyny jej doszukiwano się w działaniu narkozy. Przekonano się jednak, że rodzaj znieczulenia użytego podczas zabiegu nie ma decydującego znaczenia dla rozwoju i natężenia choroby pooperacyjnej. Badania nad zmianami humoralnymi, jakie zachodzą w związku z zabiegiem operacyjnym znacznie rozświetliły tę sprawę.

Według panującego dzisiaj poglądu, przyczyna objawów chorobowych w fazie pooperacyjnej leży w samym akcie operacyjnym, w czasie którego powstaje uszkodzenie tkanki, rozkład białka i przedostawanie się produktów toksycznych tego rozpadu do krwiobiegu.

Autorzy francuscy twierdzą, że ciałami toksycznymi są polypeptydy, których ilość we krwi ulega prawie zawsze wzmożeniu w okresie pooperacyjnym. Wzrost polypeptydów idzie według tych autorów równolegle do natężenia objawów chorobowych.

Istnieje duże podobieństwo pomiędzy objawami t. zw. wstrząsu urazowego, względnie pooperacyjnego, a zatruciem doświadczalnym histaminą, szczególnie jeżeli chodzi o objawy ze strony naczyń obwodowych, na co zwrócił uwagę Eppinger. Fakt ten nasuwał przypuszczenie, że właśnie histamina albo też ciała o działaniu do niej podobnym mogą być przyczyną opisanych wyżej objawów chorobowych. Dla potwierdzenia tej hipotezy poszukiwano ciał histaminowych we krwi operowanych. Zastosowane jednakże przez Jansena i Guttentaga metody chemiczne nie doprowadziły do pozytywnych rezultatów, być może spowodu trudności technicznych związanych z chemicznym wyosobnieniem i oznaczeniem histaminy.

Istnieją jednak inne możliwości oznaczenia jakościowego i ilościowego histaminy, a mianowicie metody biologiczne, pozwalające na wykrycie bardzo drobnych ilości tej substancji. Zastosowanie tych metod dla ewentualnego wykrycia obecności ciał histaminowych we krwi operowanych wydawało się zgóry bardziej celowe. Istotnie udało się stwierdzić na tej drodze we krwi operowanych obecność ciał o działaniu podobnym do histaminy. Stwierdzono dalej, że odwłókniona i hemolizowana krew, pobrana w okresie pooperacyjnym i wprowadzona dożylnie u psa, wywołuje spadek ciśnienia krwi podobnie jak histamina.

Doświadczenia te potwierdzają przypuszczenie, że w okresie pooperacyjnym

pojawiają się we krwi ciała toksyczne o działaniu podobnym do histaminy.

Substancje te wchłaniane są do krwiobiegu z rany operacyjnej, w której przychodzi do rozpadu tkanki i do parentalnego trawienia białka. Wiadomo zaś, że po zwykłym trawieniu jelitowym białka pojawiają się we krwi również ciała histaminowe.

Wchłonięte ciała toksyczne wywołują w okresie pooperacyjnym szereg zmian humoralnych, które podobnie jak i pewne objawy kliniczne należą do stałych zjawisk zespołu pooperacyjnego.

Należy tu w pierwszym rzędzie wzrost azotu pozabiałkowego we krwi, stwierdzany także u chorych, nie mających przed zabiegiem żadnych zaburzeń nerkowych.

W azocicy pooperacyjnej stwierdza się wzrost azotu mocznikowego, przede wszystkim jednak wzrost frakcji pozamocznikowej, co należy uważać za wyraz wzmożonego rozpadu białka tkankowego. Powodem powstawania azocicy w pierwszym rzędzie jest wzmożona produkcja ciał azotowych, poza tym jednak również utrudnienie w wydalaniu tych ciał.

Nerki wykazują bowiem w fazie pooperacyjnej wyraźne zaburzenia czynności, czego następstwem jest oliguria. To upośledzenie czynnościowe, określane przez autorów francuskich jako „nephrite fonctionelle", uważane jest również za wynik działania ciał toksycznych na miąższ nerkowy.

Nieomal stałym objawem towarzyszącym azocicy jest obniżenie poziomu chlorków we krwi. Oba objawy humoralne są ze sobą związane. Spadek chlorków wywołuje tem większy wzrost azotu. Jest to zatem zjawisko analogiczne do t. zw. „objawu Bluma", powstającego przy odwodnieniu ustroju na skutek wymiotów i uporczywych biegunek, a określanego nazwą „azotèmie par manque de sel". Szereg czynników składa się na spadek poziomu chlorków we krwi w okresie pooperacyjnym, a mianowicie: wymioty jako bezpośrednie następstwo narkozy, zmniejszony dowóz soli, przede wszystkim zaś przesunięcie płynów i chlorków z krwi do tkanek. Jak wykazali L e g u e u i F e y istnieje w okolicy rany operacyjnej hyperchloremia miejscowa, która uważana jest za zjawisko obronne ustroju, mające na celu neutralizowanie działania ciał toksycznych.

Przemieszczenie chlorków ze krwi do tkanek tłomaczyć można również działaniem ciał toksycznych. Wywołują one bowiem w okolicy rany operacyjnej czynne rozszerzenie naczyń i zwiększoną ich przepuszczalność. Następstwem tego jest wzmożone przechodzenie płynów i soli do tkanek. Stąd właśnie pochodzi obrzęk będący stałym następstwem uszkodzenia tkanki. Wspomnę tu nawiasem, że wzrost azotemii i spadek poziomu chlorku we krwi, dwa typowe pooperacyjne objawy humoralne, stwierdza się również stale w doświadczalnym zatruciu histaminą (F i l d b e r g, S c h i l f).

Omówieniu powyższych objawów poświęciłem nieco więcej czasu, ponieważ poznanie ich ma duże znaczenie w dzisiejszej terapii pooperacyjnej. Poza tym stwierdza się we krwi w okresie pooperacyjnym zwiększoną krzepliwość, lepkość i zagęszczenie ciałek czerwonych. Zmiany te rzucają pewne światło na powstawanie zakrzepów i zatorów pooperacyjnych.

Równolegle ze zmianami humoralnymi pojawiają się w obrazie klinicznym dobrze znane objawy naczyniowo sercowe, płucne, jelitowe, zatrzymanie pooperacyjne moczu etc. Dla wytłomaczenia tych objawów wysuwano dawniej, mówiąc o powikłaniach pooperacyjnych, mniej lub więcej prawdopodobne hipotezy. W świetle dzisiejszych zapatrywań ujmujemy te wszystkie objawy jako należące do jednostki patologicznej sui generis, a zależnej ściśle od samego aktu operacyjnego i przedostawania się do krwiobiegu substancyj toksycznych.

Istnieje jeszcze wiele luk w naszych wiadomościach o działaniu ciał toksycznych na pewne narządy. Nie ulega jednak wątpliwości, że powstawanie poszczególnych wyżej wymienionych objawów daje się dobrze wytłomaczyć z punktu widzenia teorii toksycznej.

Nasilenie choroby pooperacyjnej zależy w pierwszym rzędzie od ilości wchłoniętych ciał toksycznych, z drugiej zaś strony od sprawności i szybkości z jaką organizm je zobojętni i wydali. Wpływa tutaj rozległość uszkodzenia tkanek i ich rodzaj, oraz miejscowe warunki wchłaniania. Z drugiej strony, decydująca będzie osobni-

cza odporność ustroju zależna od czynników hormonalnych oraz stan i czynności narządów mających duże znaczenie w procesach oczyszczania organizmu t. j. wątroby, nerek i płuc. Duże znaczenie w neutralizacji ciał toksycznych przypisuje się chlorkom. Wspomniałem już wyżej o hyperchloremii w okolicy rany operacyjnej. Na tym opiera się zastosowanie stężonych roztworów soli w leczeniu choroby pooperacyjnej.

Odporność organizmu na zatrucia uwarunkowana jest również przez czynność kory nadnercza. Wiadomo, że w chorobie Addisona najmniejszy zabieg chirurgiczny związany jest z dużym niebezpieczeństwem. Podawanie kortyny wzmaga odporność i umożliwia w tych przypadkach dokonanie nawet większych zabiegów.

Wobec stwierdzenia faktu, że przyczyną choroby pooperacyjnej są ciała toksyczne, pochodne rozpadu białka tkankowego, musiały ulec gruntownej zmianie zapatrywania na zapobieganie i leczenie tego zespołu chorobowego. Jest to obecnie najaktualniejsze zagadnienie w dziedzinie chirurgii, nic więc dziwnego, że stanowiło główny temat ostatniego zjazdu chirurgów polskich.

W zapobieganiu chorobie pooperacyjnej na pierwszy plan wyłania się zagadnienie oceny ogólnej sprawności biologicznej ustroju, warunkującej przebieg reakcji pooperacyjnej. Do chwili obecnej nie mamy jeszcze pewnej i ogólnie przyjętej próby tego rodzaju. Istnieją natomiast spostrzeżenia, które zachęcają do dalszych badań w tym kierunku. Wspomnę o próbie stosowanej przez autorów węgierskich (Karady) a polegającej na dawaniu przed zabiegiem drobnych dawek histaminy i obserwacji zachowania się ciśnienia krwi. Spostrzeżenia na większym materiale chorych pozwoliły na wyodrębnienie pewnych typów, reagujących w różny sposób na toksynę operacyjną. W tym kierunku idą próby, aby przez badanie cytologiczne bąbla kantarydowego móc wnioskować o siłach obronnych ustroju. Starano się również zapomocą prób skórnych histaminowych określić reaktywność ustroju i w ten sposób uzyskać dane co do przypuszczalnego natężenia ogólnej reakcji pooperacyjnej. Wszystkie te usiłowania są obecnie w okresie prób. Należy jednak przypuszczać, że badania w tym kierunku przyniosą wiele interesujących praktycznych wyników.

Pewne wskazówki co do sprawności reaktywnej ustroju uzyskać można przy pomocy badania ciepłoty skóry. Ciepłota obwodowa zależna jest od szybkości przepływu krwi przez naczynia skórne, od rozszerzenia drobnych naczyń tętniczych. Wzrost temperatury skórnej pod wpływem jakiegokolwiek bodźca świadczy o żywym odczynie naczyniowym. Zjawiska naczyniowe odgrywają pierwszorzędną rolę w reakcji obronnej ustroju. Należy zatem przyjąć, że żywa reakcja naczyniowa świadczy o zdolności tkanek do opanowania bodźca szkodliwego i że może z tego powodu uchodzić za dobrą wskazówkę prognostyczną.

Badania Ipsena na materiale klinicznym wykazały, że zwyżka ciepłoty obwodowej w czasie narkozy eterowej jest dodatnim objawem w rokowaniu.

Badania nad zachowaniem się temperatury obwodowej w okresie pooperacyjnym pozwoliły również na stwierdzenie faktu, że wzrost ciepłoty obwodowej przy niezmienionej ciepłocie wewnętrznej pozwala na dobre rokowanie co do dalszego przebiegu pooperacyjnego.

Równie interesującą ze stanowiska teorii toksycznej jest sprawa ogólnego uodpornienia ustroju na działanie dużej ilości ciał toksycznych, które pojawiają się we krwi w związku z zabiegiem operacyjnym. Uodpornienie to polegać może na przedoperacyjnym podawaniu peptonów, małych ilości obcego białka, względnie jego pochodnych, a także małych dawek histaminy.

Ogłoszono niedawno spostrzeżenia kliniczne odnoszące się do uodpornienia przy pomocy drobnych dawek histaminy podawanych przed zabiegiem operacyjnym. Metoda ta ma skutecznie zapobiegać groźnym objawom naczyniowym w okresie pooperacyjnym. Próby więc w tym kierunku wyglądają zachęcająco, zaznaczyć jednak należy, że ocena wartości i skuteczności takich metod jest trudna i wymaga długiego okresu obserwacji klinicznej.

W związku z tym zagadnieniem warto wspomnieć, że jak poucza doświadczenie kliniczne po operacjach dwuczasowych, przebieg pooperacyjny w drugim akcie jest zwykle łagodniejszy. Już dawno stwierdzono empirycznie, że wyłuszczenie gruczolaka sterczu, jako drugi akt prostatektomii dwuczasawej, wywołuje z reguły mniejszą reakcję, niż jednoczasowe wyłuszczenie sterczu. Oczywista, że odgrywa tu rolę poprawa czynności narządu moczowego po za-

łożeniu przetoki nadłonowej. Jest jednak bardzo prawdopodobne, że chodzi tutaj także o pewne uodpornienie wywołane pierwszym zabiegiem.

Przechodząc do strony praktycznej przygotowania chorego przed operacją, należy zaznaczyć, że do niedawna zwracano uwagę jedynie na stan poszczególnych narządów, starając się poprawić ich czynność przed zabiegiem. Postępowanie to wydaje się także i ze stanowiska teorii toksycznej zupełnie uzasadnione. Płuca, narząd krążenia, nerki, wątroba są w okresie pooperacyjnym szczególnie narażone i odgrywają dużą rolę w procesach oczyszczania organizmu z ciał toksycznych. Należałoby jednak w tym samym stopniu zwrócić uwagę na ogólne zaburzenia humoralne, które często istnieją u chorych przed zabiegiem. Organizm wygłodzony jest szczególnie narażony na działanie wszelkich jadów, w szczególności zaś tych, które mają działanie podobne do histaminy. Stąd wniosek, że długa ścisła dieta stwarza warunki niepomyślne dla zabiegu operacyjnego. Podobnie ma się sprawa z gwałtownym przeczyszczeniem; stosowanym niekiedy przed zabiegami operacyjnymi. Postępowanie to wywołuje odwodnienie ustroju, mając zaś na uwadze pooperacyjne zaburzenia w gospodarce wodnej oraz rolę wody i soli w czynnościach odtruwających, widać jasno ujemne strony tego postępowania.

Aby przygotować wątrobę do akcji odtruwania zaleca P r i b r a m przed zabiegiem naprzemienne stosowanie insuliny i tyreoidyny. Insulina ładuje komórkę wątrobową glikogenem i wodą, tyreoidyna wywołuje, odwrotnie, odcukrzenie i odwodnienie. Jest to rodzaj gimnastyki dla komórki wątrobowej. Wartość tej metody jest kwestionowana przez autorów francuskich (B i n e t i F i e s s i n g e r).

G a t e l i e r i R o u x zalecają przedoperacyjne stosowanie wyciągów wątrobowych. Ma ono zapobiegać występowaniu azocicy pooperacyjnej.

Interesujące wyniki osiągnął J a s i ń s k i, który stosuje podawanie przed operacją wyciągów z gruczołów płciowych. Spostrzeżenia te znajdują swoje potwierdzenie w doniesieniu E. A g d u h r a (ref. Pol. Gaz. Lek. Nr. 46 rok 1937), który stwierdził, że zwierzęta, żyjące parami i spełniające czynności płciowe, są bardziej odporne na trujące dawki ergosteryny naświetlanej i arszeniku. Ten sam wpływ miało podawanie wyciągów z przedniego płata przysadki, zawierającego hormon gonadotropowy.

W zapobieganiu chorobie pooperacyjnej usiłowania nasze idą w kierunku ogólnego uodpornienia, wyrównania zaburzeń humoralnych i przygotowania narządów specjalnie narażonych na zatrucie operacyjne. W leczeniu zaś zespołu pooperacyjnego główny nacisk położyć należy na zobojętnianie ciał trujących i na przyśpieszenie wydalenia ich z ustroju.

Główna rola w procesie odtruwania przypada wątrobie, która przerabia trujące produkty rozpadu białka na mocznik. Jeżeli we wzmożonej azocicy pooperacyjnej stwierdzimy głównie wzrost azotu mocznikowego, a jego procentowa zawartość w t. zw. azocie pozabiałkowym jest prawidłowa, można wnioskować, że wątroba daje sobie radę z odtruwaniem i nawet wysoki poziom azocicy nie jest objawem niepokojącym. Natomiast jeżeli poziom azotu wzrasta głównie kosztem t. zw. azotu pozamocznikowego, świadczy to o złej czynności wątroby i jest złym objawem w rokowaniu.

Zobojętnienie ciał trujących przypisuje się również chlorkom. Wspomniałem wyżej, że transport chlorków w okolice rany operacyjnej uważany jest przez autorów francuskich za reakcję obronną organizmu. Na tym założeniu oparte jest podawanie stężonych roztworów soli w leczeniu choroby pooperacyjnej. Ma ono na celu pokrycie zwiększonego zapotrzebowania chlorków w fazie pooperacyjnej, wzmaga diurezę, a tym samym przyśpiesza wydalanie ciał toksycznych. Niektórzy autorowie przypisują właśnie temu diuretycznemu działaniu korzystne efekty terapii solnej. Podanie stężonego roztworu soli obniża poziom azotemii we krwi. Działanie to polega nietylko na wzmożonej diurezie, gdyż ilość wydzielonych z moczem ciał azotowych nie odpowiada szybko występującej obniżce poziomu azotemii. Wchodzą tu również w rachubę procesy tkankowe i ściągnięcie większej ilości wody z tkanek do krwi. Dodać trzeba, że stężone roztwory soli wstrzymują wzmożony rozkład białka, jaki stwierdza się w fazie pooperacyjnej.

Podobnie jak sól, szerokie zastosowanie w leczeniu zespołu pooperacyjnego znalazło podawanie dożylne glukozy. Cukier jest pokarmem najodpowiedniejszym dla chorego. Wyrównuje zapotrzebowania kaloryczne,

zapobiega spalaniu się tłuszczów w okresie głodu i kwasicy; jest pokarmem łatwo przyswajalnym nie będąc jak białko źródłem egzogennych substancyj trujących; działa korzystnie na mięsień sercowy. Przypisujemy także roztworom glukozy działanie diuretyczne i obniżające poziom azocicy. że podawanie dużych ilości płynów jest korzystne i celowe, wiedziano już dawno. Z punktu widzenia teorii toksycznej jest ono najzupełniej uzasadnione.

Nad leczeniem symptomatycznym zespołu pooperacyjnego (środki nasercowe, wykrztuśne etc.) nie będę się zatrzymywał, ponieważ odgrywa ono rolę dodatkową.

Podkreślić natomiast trzeba duże znaczenie proteinoterapii. Metoda ta miała zastosowanie już dawniej przy objawach płucnych, a jej korzystne wyniki nie ulegają wątpliwości. Trzeba jednak zaznaczyć, że to korzystne działanie odnosi się również do wszystkich objawów zespołu pooperacyjnego.

Po zabiegu operacyjnym jak i po parenteralnym podaniu białka zachodzą zjawiska w istocie swej identyczne. Proteinoterapia w leczeniu choroby pooperacyjnej jest więc zastosowaniem zasady homeopatycznej similia similibus curantur.

Przy uwzględnieniu tych faktów nasuwa się myśl, że zabieg aseptyczny prócz działania miejscowego może również wywoływać wpływ ogólny w znaczeniu lecznictwa bodźcowego na przebieg wielu schorzeń.

Znane są w literaturze przypadki ustąpienia cukromoczu po różnych aseptycznych zabiegach, gojenie się obustronnych wrzodów goleni po sympatektomii okołotętniczej, wykonanej na jednej kończynie; niektóre korzystne efekty w przypadkach reumatyzmu przewlekłego po rzekomych paratyreidektomiach, w których przytarczyczek nie usunięto i gdzie wobec tego nie można było poprawy odnieść do redukcji tkanki gruczołowej.

Taki sam ogólny efekt bodźcowy przyjąć należy po operacjach odmładzających (S t e i n a c h) i przeszczepieniach gruczołowych.

Z tego punktu widzenia można by również ująć działanie dekapsulacji w przebiegu pewnych schorzeń nerkowych. Korzystne wyniki tej operacji zapoczątkowanej przez H a r r i s o n a i E d e b o h l s a tłumaczono zniesieniem napięcia w miąższu nerkowym, lub też poprawą ukrwienia na skutek wytworzenia się krążenia ubocznego na powierzchni nerki. Oba te przypuszczenia przy bliższej analizie nie wytrzymują krytyki i nie mogą być uważane za jedyną przyczynę poprawy czynności nerek. Również czynniki nerwowe wchodzą chyba dodatkowo w rachubę, gdyż przy dekapsulacji pozostaje nienaruszona szypuła nerkowa, przez którą właśnie włókna nerwowe wchodzą w miąższ.

Czy w tłumaczeniu poprawy czynności nerkowej po dekapsulacji nie należałoby również uwzględnić ogólnych zjawisk humoralnych i naczyniowych związanych z każdym aseptycznym zabiegiem, a których działanie jest analogiczne, jak w terapii bodźcowej? H. i W. L ö h r twierdzą, że każda operacja jest pewniejszym i silniejszym bodźcem, niż wszelkie inne metody lecznictwa bodźcowego.

Tego rodzaju tłumaczenia działania dekapsulacji podał już w roku 1925 K ü r t e n z kliniki V o l h a r d a. Hipoteza ta wygląda w świetle dzisiejszych naszych pojęć bardzo przekonywująco. Przemawiają za nią również pewne małe spostrzeżenia autorów angielskich, przytaczanych przez K ü u r t e n a. S p a n t o n - H a n l e y, potwierdzając efekty lecznicze, uzyskane przez H a r r i s o n a po dekapsulacji, twierdzi, że podobne wyniki uzyskiwał i przez głębokie nacięcia powłok w okolicy lędźwiowej. Tego samego zdania jest C h i c k e n - N o t t i n g h a m, który podkreśla mniejsze niebezpieczeństwo takiego nacięcia, niż dekapsulacji.

Jaki mechanizm działania przyjąć by można dla wytłumaczenia tych zjawisk? Wydaje się, że główną rolę przypisać trzeba powstaniu czynnego przekrwienia. Działanie operacyj na układzie sympatycznym tłumaczymy wywołanym przez nie przekrwieniem czynnym na obwodzie w okolicach, zaopatrywanych przez dane sploty nerwowe. To samo zjawisko występuje jednak i po każdym zabiegu operacyjnym, o czem powyżej była mowa.

Należy zatem przyjąć, że w ocenie leczniczych wyników, uzyskanych dzięki zabiegom aseptycznym, należałoby uwzględnić czynniki ogólne, do których poznania doprowadzi a teoria toksyczna i badania pooperacyjnych zjawisk humoralnych.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Omdlenia z wysiłku w zwężeniu lewego ujścia tętniczego. (Les syncopes d'effort dans le rétrécissement aortique, leur fréquence et leur valeur diagnostique) par L. G a l l a v a r d i n.
Archives des maladies du coeur et des vaisseaux.

Octobre, 1937, Nr. 10.

Objawy podmiotowe mogą mieć wielkie znaczenie dla rozpoznania schorzenia. Objaw taki jak omdlenie może charakteryzować najrozmaitsze stany chorobowe. Można jednak bliżej go określić i wtedy staje się on pierwszorzędnym czynnikiem przy ustalaniu rozpoznania. Jeżeli chory skarży się na omdlenie pod wpływem nawet niewielkiego wysiłku i jeżeli powie, że omdlenie to zjawiło się nagle, bez poprzedzającej zadyszki, ani sensacji ze strony serca, było zupełne, krótkotrwałe, a po tym mógł dalej kontynuować swe zajęcie, możemy z dużym prawdopodobieństwem, już tylko na podstawie wywiadów, postawić rozpoznanie zwężenia lewego ujścia tętniczego. Autor przedstawia kilka przypadków o podobnych wywiadach. We wszystkich okazało się, że badanie przedmiotowe potwierdziło rozpoznanie postawione już na podstawie wywiadów. Podkreśla przytem, że te tak charakterystyczne omdlenia są objawem patognomonicznym dla zwężenia ujścia tętniczego lewego, i w semiotyce zajmować powinny równie poczesne miejsce jak wszystkie inne podmiotowe objawy tej wady.

Dalej autor zastanawia się nad patogenezą tych omdleń. Jest rzeczą pewną, że powstają one na skutek ostrego niedokrwienia tkanki mózgowej, jednak na jakiej drodze to niedokrwienie powstaje, autor z całą pewnością wypowiedzieć się nie potrafi. Pozostają więc hypotezy. Dawniej przypuszczano, że zjawiają się one na skutek występowania bloku przedsionkowo - komorowego, że jest to zatem zespół A d a m s - S t o k e s á występujący przejściowo. Jednakże spostrzeżenia elektrokardiograficzne u jednej chorej czynione podczas napadu omdlenia, wykazały, że mimo zniknięcia tętna, czynność serca utrzymuje się przez cały czas, zatem należy odrzucić wyżej wymienioną przyczynę i szukać wytłumaczenia niedokrwienia mózgu w jakiejś ostrej niedomodze pochodzenia mięśniowego.

Choroby narządu oddechowego w roku 1938. (Les maladies de l'appareil respiratoire en 1938). J. C e l i c e, J. L e r e b o u l l e t.

Paris Med. Nr. 8, 1938.

Przegląd prac z dziedziny chorób płucnych zawiera dużo nowości zarówno w dziedzinie prac doświadczalnych jak i kliniki.

R o z s z e r z e n i a o s k r z e l i uważa większość autorów za skutek upośledzenia odżywienia tkanki płucnej. Dlatego też sprawa ta łączy się tak często ze zmianami miażdżycowymi i zakrzepami w tętnicach płucnych.

Rozpoznanie z a p a l e ń płuc znajduje ułatwienie w badaniu biologicznym. Polega ono na wstrzykiwaniu do otrzewnej myszy plwociny, lub wysięku i następowym badaniu sekcyjnym zwierzęcia. Sprawa hodowli drobnoustrojów ze krwi chorego również jest kwestią otwartą. Jednogłośnie zgadzają się wszyscy, że dodatni wynik posiewu ze krwi pogarsza znacznie rokowanie w zapaleniu płuc. Najczęściej mamy do czynienia z bakteriemią u nałogowych alkoholików. W przypadkach dodatniego posiewu zyskujemy jeszcze jeden, skuteczny często sposób leczenia w postaci seroterapii. Zwłaszcza surowice pneumokokowe dają dobre wyniki.

P r o c e s y r o p n e p ł u c. W podziale ich uwzględnić należy dwie grupy, a mianowicie: ropnie czyste i gnilne. Piszą o występowaniu niekiedy wysypek na twarzy w przebiegu ropni płuc. Znacznym ułatwieniem przy rozpoznawaniu rozległości procesu ropnego jest badanie radiologiczne po wprowadzeniu poprzez ścianę klatki piersiowej lipiodolu. Postępowanie to ma też dobry wpływ leczniczy na dalszy przebieg sprawy. Ropień płuca stanowi dość częste powikłanie pooperacyjne zwłaszcza przy zabiegach w obrębie jamy brzusznej. Na wytłumaczenie częstości tego zjawiska przytacza się częste istnienie sprawy septycznej w obrębie jamy ustnej, a szczególnie zębów i gardła. Dlatego też powinno się dużą wagę przywiązywać do starannego czyszczenia jamy ustnej w okresie przedoperacyjnym. Wciąż trwają dociekania nad stosunkiem ropni i gruźlicy płuc. Jedni uważają, że przebycie ropnia płuca uspasabia do gruźlicy, inni skłaniają się do przyjęcia że ropień płuca stanowi częste powikłanie gruźlicy. Leczenie ropni płuc zajmuje wielu autorów. Rozwiały się już złudzenia co do możliwości samoistnego wygojenia ropni płuc. Obecnie walczą ze sobą zwolennicy leczenia zachowawczego i wczesnych zabiegów chirurgicznych. I m p e r i o zaleca podawanie emetyny jako środka wykrztuśno - wymiotnego, który sprzyja szybkiemu opróżnianiu istniejących zbiorników ropnych. Wstrzykiwania dożylne alkoholu są coraz szerzej stosowane. Stosuje się je najczęściej według przepisu polskich autorów. L e v y - D e k e r wskazuje na pożyteczność wczesnego drenowania płuca. V i n z e n t pisze o częstym spotykaniu ropni płuc na tle tych samych drobnoustrojów, jakie udaje się wyhodować w czasie choroby z jamy ustnej chorego, co umożliwia leczenie swoiste. Według B a u m g a r t n e r a z zabiegów chirurgicznych stosować należy pneumotomię w przebiegu zwykłych ostrych ropni płuc, a pneumektomię w przypadkach przewlekłych ropni gnilnych.

P y l i c a p ł u c zdarza się najczęściej, jak wynika z ostatnich statystyk u robotników w fabrykach szkła. Jest to pylica krzemowa. D u f o u r t i P o l i c a r d badali doświadczalnie wpływ pylicy na rozwój zaszczepionej gruźlicy płuc.

D y c h a w i c a o s k r z e l o w a. Badania nad przemianą materii osobników dotkniętych dychawicą oskrzelową stwierdziły cały szereg odchyleń w chemicznym składzie krwi. Tak więc stwierdzono, że u astmatyków jest podniesiony poziom kwasu moczowego. Poza tym uchwycono zwiększenie zawartości kwasu szczawiowego, bilirubiny i cholesteryny we krwi. G u i l l a u m i n, który zagadnieniami tymi szczególnie się zajmował, dzieli astmaków na dwie grupy. Pierwszą stanowią osoby, mające cały szereg zaburzeń przemiany materii w postaci otyłości, dny, kamicy, cukrzycy itp. Do drugiego działu zalicza ludzi, u których dychawicy oskrzelowej nie towarzyszy żadne z wymienionych zaburzeń, a u których natomiast zaznaczają się objawy takiego lub innego uczulenia. Te przypadki są zwykle znacznie łatwiejsze do leczenia. Badania kliniczne wskazują wyraźnie, że dychawica oskrzelowa jest wyrazem nierównowagi układu roślinnego. W ostatnich czasach zanika pogląd jakoby współistnienie dychawicy oskrzelowej i gruźlicy płuc było bardzo rzadkie. Obecnie przypadki takie spotykane są coraz częściej. Leczenie dychawicy oskrzelowej wymaga znacznego indywidualizowania. Często zniknięcie na zawsze napadów spostrzega się po większym urazie lub zabiegu chirurgicznym (np. usunięcie wyrostka robaczkowego). W ę g i e r k o stosuje stale insulinę w dużych dawkach jako środka przerywającego napady dychawicy oskrzelowej.

O s t r y o b r z ę k p ł u c a. N o b e c o u r t zajmuje się sprawą występowania obrzęku płuca u dzieci dotkniętych schorzeniami serca pochodzenia gośćcowego. Podkreśla on znaczenie następujących momentów: ostra niewydolność lewej komory; odruchowe rozszerzenie włosowatych naczyń płuc u osób z zapaleniem wsierdzia, zastawek tętnicy głównej lub zapaleniem osierdzia. L e l o n g spostrzegał ostry obrzęk płuc w przypadku ostrego zapalenia nerek.

Z a t o r y p ł u c n e zdarzają się w bardzo różnorodnych sprawach chorobowych, nie są one bardzo częste. Na podstawie badań anatomiczno - patologicznych podkreślić należy częstą niewspółmierność przebiegu klinicznego i wielkości skrzepu, zatykającego światło naczynia. Zakrzep wywołany jest częściej przez zmiany miejscowe w ścianie naczynia, niż przez przyniesiony z innego miejsca ustroju skrzep. W przebiegu zatoru płuc śmierć następuje zwykle naskutek wtórnej niewydolności krążenia. B a r d i n przeprowadzał badania doświadczalne nad powstawaniem zatoru płucnego i stwierdził, że łatwiej jest go wywołać przy pomocy składników drobnych, niż większych. O leczeniu spraw zatorowych płuc piszą niewiele. Zwykle sprawa idzie tak szybko, że zapobiec jej nie można. Leczenie polega na staraniu o jaknajlepszy stan krążenia. S c h e r f badał zmiany w narządzie krążenia przy zatorach płuca. Stwierdził on duże zmiany w Ekg. tych chorych.

R a k p ł u c a. Znane są w piśmiennictwie przypadki współistnienia raka i gruźlicy płuca. W sprawie przypuszczalnego ich rozwoju wspomnieć należy o dwóch grupach chorych u pierwszych rak płuca rozwija się u osobnika z gruźlicą płuca. Do drugiej grupy zaliczyć należy ludzi u których po rozpoznaniu raka pojawiła się gruźlica płuc. Prawdopodobnie w przypadkach tych nacieki nowotworowe ułatwiły szerzenie się dawniej istniejącej bezobjawowej gruźlicy, czemu sprzyjało znaczne upośledzenie stanu ogólnego. Opisano przypadek raka płuca z jamą, którego obraz radiologiczny naśladował całkowicie gruźlicę. C h a b r o l podał przypadek raka ropiejącego. Raki pochodzenia oskrzelowego stanowią znaczny odsetek raków płuc. Są to raki rozwijające się z warstwy wewnętrznej ściany oskrzela (endobronchiques), lub z warstw zewnętrznych (peri- i exo-bronchiques). W przypadkach tych dużą wartość rozpoznawczą posiada wziernikowanie oskrzeli. Rozpatrując czynniki odgrywające rolę w etiologii raka płuca, autorzy zwracają uwagę na sprawy, powdujące stwardnienie miąższu płucnego, gruźlicę i zaburzenia krążenia odżywczego płuc. Raki przyopłucne lub raki pierwotne opłucnej przebiegają zwykle pod postacią zapalenia opłucnej i jako takie bywają zwykle rozpoznawane. Raki te charakteryzują się zwykle podmiotowo dużymi bólami i znaczną dusznością, przedmiotowo zaś odznaczają się wysiękiem nawracającym surowiczo - włóknikowym i ujemnymi badaniami bakteriologicznymi i biologicznymi płynu. Charakterystyczną cechą płynów rakowych jest ich krwotoczność i rzadko niestety udające się wyszukanie składników komórkowych w osadzie płynu. Raki płuc, dające przerzuty do innych narządów, są najliczniej spostrzegane przez neurologów, często dają one bowiem przerzuty do mózgu lub rdzenia kręgowego. Histologicznie bywają raki płuc o typie płaskokomórkowym, poza tym notowano reticulo - endothelio - sarcoma opłucnej i nabłoniaka płuca. Autorzy przywiązują dużą wagę do wczesnego rozpoznawania raka płuc. Bywa ono często trudne ze względu na to, że rak płuc przebiega w początkowym dość długim okresie pod obrazem klinicznym banalnej niedodmy lub wysięku opłucnego. Jednakże ze względu na całkowitą bezskuteczność wszelkiego leczenia, a nawet wczesnego zabiegu chirurgicznego, znaczenie lecznicze wczesnego rozpoznania wydaje się przesadzone.

O t o r b i o n e p ł y n y natrafiają często na duże trudności rozpoznawcze. Opisano przypadek bąblowca płuca, który przebił się do opłucnej. W przypadku tym próby biologiczne (odczyn C a s o n i e g o) wypadły ujemnie. Wyjątkowo rzadkim jest opisany przypadek przerzutowego bąblowca opłucnej.

P ł y n y w o p ł u c n e j. Zagadnienie eozynofilii w płynach opłucnych nie jest wyjaśnione. Zjawisko to nie przebiega równolegle z eozynofilią krwi i wobec tego wydaje się, że eozynofilia płynów opłucnych jest pochodzenia tkankowego.

O d m a. B i n e t i jego współpracownicy badali wpływ odmy doświadczalnej na chemizm płuca. Między innymi spostrzegali oni zwiększenie zawartości tłuszczów jako skutek upośledzenia procesów lipolitycznych.

Nagłe wystąpienie odmy samorodnej może mieć czasami cechy napadu dusznicy bolesnej. Samorodna odma płuca zdarza się najczęściej w przebiegu gruźlicy płuc, rokowanie w tych przypadkach jest bardzo złe. Odma samorodna nie na tle gruźliczym jest sprawą rzadką i często zakończona bywa zupełnie pomyślnie, niekiedy mija ona zupełnie bez śladu.

N i e d o d m a p ł u c a często nie wpływa zupełnie na mechanikę krążenia płucnego. Niedodmę wywołać można doświaczalnie przez utrud-

nienie warunków przewietrzania płuca. A l e x a n d e r zwraca uwagę na częstość niedodmy w gruźlicy płuc. Według autorów francuskich niedodmę płuc rozpoznaje się zbyt często i określenie to nie wskazuje na zespół kliniczny, lecz stanowi termin czysto anatomiczny. Niedodma pooperacyjna wypływa z atonii płuca; w przypadkach tych zaleganie wydzieliny oskrzelowej uspasabia do powstania procesów zapalnych. Objawami klinicznymi niedodmy pooperacyjnej jest duszność, przyśpieszenie tętna, sinica. W przypadkach ciężkiej niedodmy pooperacyjnej konieczna jest bronchoaspiracja.

G u z y ś r ó d p i e r s i a. Rozpoznanie guzów śródpiersia opiera się na objawach pośrednich (ucisk na żyłę główną górną z następowym obrzękiem, krążeniem obocznym, sinicą, ucisk na pnie tętnicze, ucisk na pnie nerwowe i ucisk na przewody oddechowe) i na objawach bezpośrednich jak garb, stłumienie, szmer oddechowy chuchający i objawy radiologiczne. Anatomicznie są to najczęściej zwykle limfo - gruczolaki, lub limfo - mięsaki. Przebieg ich jest zwykle szybki i niepomyślny. Okresowe polepszenie daje zwykle naświetlanie promieniami Roentgena.

CHOROBY NERWOWE

Zespół bólów głowy, zaburzeń psychonerwicowych i zwapnień w sierpie mózgu. (Syndromes céphalgiques et psychonévrotiques avec calcifications de la faux du cerveau). J. A. C h a v a n y i J. B r u n h e s.

Revue neurologique t. 69, N. 2, luty 1938.

Opierając się na 4 własnych przypadkach i literaturze, autorzy opisują zespół, na który składa się triada objawów: bóle głowy, zaburzenia psychonerwicowe i zmiany rentgenologiczne. Najważniejszym objawem są bóle głowy, najczęściej datujące się z czasów dzieciństwa; występują one w postaci ataków kilkugodzinnych lub nawet kilkudniowych, nasilając się do pewnego okresu życia i wreszcie ustępując bez śladu. Bóle mogą wystąpić spontanicznie, często jednak są prowokowane przez znudzenie, wzruszenie, zmęczenie, utrzymywanie głowy w pozycji ustalonej (np. w kinie). Zaczynają się zwykle od potylicy i szybko obejmują okolice ciemieniowe i czołowe. Najczęściej chorzy odnoszą wrażenie pełności śródczaszkowej i rozsadzania głowy. Ustępują pod wpływem zwykłych środków przeciwbólowych, a niekiedy nawet wystarczają środki uspokajające (waleriana i barbituraty). Czasami uporczywe bóle głowy powikłane są pewną sztywnością karku, postawą przeciwbólową, wrażeniami zawrotu głowy i chwiejnością. Zaburzenia psychonerwicowe są liczne i zmienne: o charakterze histerycznym, neurastenicznym i psychastenicznym. Zmiany rentgenologiczne odpowiadają zwapnieniom, umiejscowionym pionowo w okolicy między półkulami m:zgowymi, przypominają stalaktyt, przyczepiony do sklepienia czaszki, względnie są zawieszone w głębi płatu czołowego, mają niekiedy formę soczewki, obustronnie wypukłej. Na zdjęciach profilowych często są niewidoczne. W wywiadach uderza, jeżeli chodzi o rodzinę, częstość chorób układu nerwowego (padaczka i choroby psychiczne). Częste są również zmiany wrodzone skórne: znamiona macierzyste i naczyniaki. Jak się wydaje, zwapnienia występują bardzo wcześnie, jednak nie odrazu dają o sobie znać. Autorzy są zdania, że ma się do czynienia z poronnymi zapaleniami m:zgu na terenie dziedzicznie predysponowanym (zwyrodnienie psychiczne M a g n a n). Być może odgrywają tu pewną rolę i urazy czaszki. Skutecznym leczeniem w doświadczeniu autorów było naprzemienne podawanie jodku, sinku rtęci, sodu dożylnie w dużych dawkach, naświetlania promieniami Rentgena.

Asymetria dynamiczna obydwu ramion. (Asymètrie dynamique des deux bras). S t a t e D r a g a n e s c o, V l a d, V o i c o o l e s c o.

Revue neurologique t. 69, N. 2.

Normalnie przy podnoszeniu wyciągniętych ramion do poziomu, przy zamkniętych oczach, ręce zatrzymywane są jednocześnie na tej samej wysokości. Przy zespołach móżdżkowych po stronie dotkniętej ramię zatrzymywane jest o kilka centymetrów powyżej właściwego poziomu (dyschronometria A. T h o m a s). Objaw ten tłumaczy się hypermetrią.

Parestezja i anestezja w obrębie nerwu bródkowego, jako zwiastun sprawy nowotworowej przerzutowej. (Le signe du mentonnier, révélateur d'un processus néoplasique métastatique). H. Roger i J. Paillas.

Revue neurologique, t. 68, N. 5, 1937.

W szeregu przypadków u ludzi w wieku podeszłym, autorzy stwierdzili jednostronnie niedoczulicę lub znieczulenie w obrębie n. bródkowego. Chorzy skarżyli się przeważnie na mrowienie, niekiedy bardzo przykre. Dalszy przebieg ujawnił proces nowotworowy, szerzący się przerzutami. Objaw ten spotkano najczęściej w przebiegu raka gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego, a zależy prawdopodobnie od drobnego przerzutu do szczęki dolnej. Często poprzedza inne objawy i niejednokrotnie pozwala na właściwe rozwikłanie złożonych obrazów chorobowych.

Parkinsonizm pourazowy. (Syndromes parkinsoniens posttraumatique). M. Müller i L. Christiaens.

L'Echo médical du Nord, t. 8, N. 43, 1937.

W trzech przypadkach obserwowano wystąpienie objawów parkinsonowskich po ciężkim urazie. W jednym chodziło o upadek z samolotu do morza 23-letniego żołnierza. W ciągu szeregu miesięcy obserwowano następnie zespół wstrząsu mózgu, do którego wreszcie przyłączył się hemiparkinsonizm. W wywiadach nie stwierdzono zapalenia mózgu epidemicznego. W drugim pocisk rozszarpał prawą dłoń 53-letniemu mężczyźnie. Po urazie stopniowo rozwinął się obraz typowego parkinsonizmu. W trzy miesiące po wypadku samochodowym, (złamanie dwóch kręgów szyjnych i wstrząs mózgu) zjawiły się bóle neuralgiczne ramienia prawego i szyi, drętwienia w prawej dłoni, a po 7 miesiącach objawy parkinsonowskie.

Można tylko wtedy przyjąć, że istnieje związek między urazem i wystąpieniem objawów parkinsonowskich, o ile nie stwierdzi się w wywiadach zapalenia mózgu, śpiączki itd. i o ile sam uraz spowodował ciężkie zmiany. Są jednak znane przypadki zupełnie nie rozpoznawanych zapaleń mózgu.

Kuligowski.

CHOROBY DZIECI

Badania nad zaraźliwością gruźlicy płucnej u małych dzieci. (Recherches sur la contagiosité de la tuberculose pulmonaire du jeune enfant). E. Lesné, G. Dreyfus-Sée, A. Saenz.

Le Nourrisson, Nr. 2, 1938, str. 70 — 76.

W przebiegu pierwotnego zakażenia prątki gruźlicze często nie dają się wykryć badaniem bezpośrednim. Autorzy przygotowywali popłuczyny z żołądka metodą Saenz i Costil i podawali je świnkom morskim podskórnie oraz wysiewali na pożywce Loewensteina. W ten sposób była podwójna kontrola. Próba przeprowadzana na świnkach morskich uważana była za ujemną, jeżeli conajmniej w ciągu trzech miesięcy nie było reakcji na tuberkulinę, a bada-

nie sekcyjne nie wykazywało zmian typowych dla gruźlicy.

W grupie pierwszej autorzy przebadali (nieraz parokrotnie) 16 niemowląt. Z tego u 10-u stwierdzano kliniczny i radiologiczny obraz gruźlicy, natomiast 6 pozostałych miało jedynie dodatnią skórną próbę tuberkulinową. W 10-u przypadkach wyniki poszukiwań były dodatnie. Badanie to wykazuje, że dzieci, które nie kaszlą lub kaszlą rzadko, mogą być zaraźliwe, tym bardziej, że prątki znajdowano również w śluzie z gardzieli.

Grupa druga obejmowała 113 dzieci w wieku od 1 — 4 lat. Dzieci te nie przedstawiały żadnych zmian gruźliczych klinicznych ani radiologicznych, poza dodatnim (często ujemnym lub słabo dodatnim) odczynem skórnym tuberkulinowym. U dwanaściorga dzieci z tej grupy znaleziono prątki K o c h a.

W grupie trzeciej znajdowało się 20 dzieci w tym samym wieku z objawami klinicznymi gruźlicy. Prątki K o c h a znalezione zostały w tej grupie w 25 przypadkach.

Według autorów dzieci pozornie zdrowe z dodatnim skórnym odczynem tuberkulinowym powinny być poddawane sumiennemu badaniu na prątki K o c h a. W razie wyniku ujemnego badanie powinno być powtarzane.

Autorzy uważają za konieczne izolowanie dzieci poniżej lat 5-u, mających odczyn tuberkulinowy dodatni, nawet wtedy jeżeli klinicznie nie przedstawiają one zmian chorobowych. Dzieci starsze, powyżej 5-u lat, ze stałymi zmianami gruźliczymi zazwyczaj nie są nosicielami prątków K o c h a i nie przedstawiają niebezpieczeństwa zakażenia dla dzieci młodszych. Wskazania te powinny być przestrzegane przede wszystkim w ośrodkach, do których są kierowane na leczenie zapobiegawcze lub rekonwalescencję dzieci słabe.

Rola prątka typu bydlęcego w etiologii gruźliczego zapalenia opon u dzieci. (Rôle du bacille bovin dans l'étiologie de la meningite tuberculeuse de l'enfant). R. L e s n é i A. S a e n z.

Revue Française de Pédiatrie Nr. 5, 1933, str. 457 — 479.

W ciągu 5 lat (1932 — 1937 r.) autorzy przebadali 155 przypadków zapalenia opon mózgowych u dzieci z dodatnim odczynem tuberkulinowym, nie szczepionych B. C. G. W 11 przypadkach posiew z płynu był jałowy, a przebieg kliniczny dobrotliwy — prawdopodobnie istniało tu zapalenie opon surowicze (meningitis serosa). W 144 przypadkach posiewy z płynu mózgo-rdzeniowego, dokonane na pożywce L o e w e n s t e i n a dały wyniki dodatnie; z tego ze 135-u wyrosły prątki typu ludzkiego, z 9-u — bydlęcego. Pojawienie się kultury prątka typu ludzkiego na pożywce wahało się między 11 i 29 dniem, bydlęcego między 30 i 72 dniem. Obydwa te typy dawały kolonie o bardzo charakterystycznym wyglądzie. Szczepy prątka typu bydlęcego były bardziej zjadliwe dla świnek morskich, aniżeli typu ludzkiego. Wiek dzieci, u których wyhodowano bacillus bovinus wahał się od 1½ r. do 6 lat, —

typem prątka ludzkim były zakażone dzieci do 15 lat. Te ostatnie w 92% były mieszkańcami Paryża i karmione były mlekiem matki, a później krowim mlekiem gotowanym lub pasteuryzowanym. Natomiast dzieci z grupy pierwszej (zakażonej prątkiem typu bydlęcego) mieszkały stale, lub dłuższy czas na wsi i żywiły się surowym mlekiem krowim. Według autorów na podstawie dotychczasowych badań można ustalić, że dzieci poniżej 5 lat chore na gruźlicze zapalenie opon mózgo-rdzeniowych wychowywane na wsi i karmione mlekiem krowim surowym, są nosicielami prątka typu bydlęcego.

We Francji typ bydlęcy prątka gruźlicy odgrywa minimalną rolę w wywoływaniu zapalenia opon w porównaniu z innymi krajami Europy, jak np. Anglią lub Danią. Tam jego udział w gruźliczym zapaleniu opon wynosi 30 — 42%. W akcji zapobiegawczej na pierwszym planie winno być usuwanie z gospodarstw mlecznych zwierząt chorych na gruźlicę, zabronienie spożywania surowego mleka, pasteuryzacja i dokładna kontrola mleka.

P. Wójciak.

CHIRURGIA

Przyczynek do mechanizmu powstawania otrzewnowych zrostów pooperacyjnych (Phénomène d'Arthus au catgut). G i l s o n, G r a t i a.

Journal de Chir. Nr. 1, t. 51, styczeń 1938.

Najczęstszym i najbardziej przykrym powikłaniem po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej są zrosty wewnątrzotrzewnowe. Powstawanie ich jest uniezależnione od spraw zapalnych, toczących się w jamie brzusznej, gdyż jakkolwiek w takich przypadkach powstają one z reguły i są celowym odczynem ochronnym organizmu — stanowią nieraz ciężkie powikłania pooperacyjne przypadków bez cech zapalnych. Najbardziej prawidłowa technika operacyjna nie zapobiega tym powikłaniom. Stwierdzono jednakże, że istnieją organizmy ludzkie specjalnie predysponowane do tworzenia zrostów wewnątrzotrzewnowych — ludzie uczuleni na zabiegi w jamie brzusznej. Szczególnie uczuleni są chorzy, którzy z tych lub innych powodów leczeni byli wstrzykiwaniami surowicy lub innego białka zwierzęcego, jak również chorzy po powtórnym zabiegu w jamie brzusznej.

W przypadkach wtórnej operacji L e r i c h e zrost powstaje zazwyczaj dokoła nitek katgutu, zwłaszcza u osób, które otrzymywały kiedyś surowicę podskórnie. A r t h u s stwierdził, że podawanie surowicy końskiej uczula organizm na białko zwierzęce zarówno końskie jak baranie i inne. a objawy uczulenia różnią się tylko stopniem swojego nasilenia. Opierając się na tych 2 spostrzeżeniach, autorzy stworzyli hypotezę, że zrosty otrzewnowe powstają głównie na skutek katgutu, który jako białko zwierzęce (baranie) wywołuje miejscowy odczyn anafilaktyczny ustroju będącego w stanie allergii w stosunku do białka zwierzęcego.

Na potwierdzenie tej hypotezy przeprowadzili szereg badań doświadczalnych na królikach, z których część uczulali na białko końskie, część na baranie, część na oba razem, a część operowali bez uczulania. Wszystkim tym królikom wprowadzali do jamy otrzewnowej nitkę katgutu. Okazało się, że u królików nieuczulonych po pewnym czasie katgut albo uległ wessaniu albo pozostawał wolny w brzuchu, natomiast u wszystkich uczulonych dokoła katgutu powstawał wybitny odczyn zapalny ze zrostami otrzewnowymi. Podobne wyniki otrzymywali, wprowadzając do jamy brzusznej katgut sproszkowany i sterylizowany w temperaturze do 170°. Katgut taki wprowadzony dożylnie królikowi uczulonemu na białko baranie — powodował zejście śmiertelne zwierzęcia na skutek wstrząsu anafilaktycznego.

Te potwierdzające hypotezę autorów wyniki skłoniły, ich z kolei do poszukiwania: 1) namiastki katgutu, która będąc łatwo wsysalną nie dawała by odczynu allergicznego, 2) sposobów odczulenia chorych przed operacją lub w czasie zabiegu. Autorzy znowu przeprowadzili cały szereg badań, wlewając do jamy brzusznej płyny, jak: oliwę, płyn zawodni, cytrynian sodu, magnezu, glukozę, mleko homogenizowane, białko jaja kurzego, gumę arabską itp. i podając w zastrzykach: efetoninę, podchloryn sodu, adrenalinę, chlorek sodu itp. Wszystkie te zabiegi nie dawały żadnego pozytywnego wyniku. Wreszcie opierając się na tym spostrzeżeniu, że pierwszy wstrząs anafilaktyczny odczula organizm, autorzy próbowali wywołać ten wstrząs — w stopniu minimalnym — przed operacją.

Na 3 dni przed operacją wstrzykiwali podskórnie 2 razy dziennie w dawkach wzrastających surowicę homologiczną, zacząwszy od 0,1 cm^3 w roztworze 1 : 5 aż do 1 cm^3. Po kilku dniach odczyn po wstrzyknięciu nie występował, zwierzę było odczulone. Po tym czasie katgut nie wywoływał reakcji ze strony otrzewnej, odczulenie to utrzymywało się jednak dość krótko.

Autorzy przygotowywali katgut w różnych roztworach: alkoholowym, alkoholowo - jodowym, wreszcie parafinowym. Okazało się, że ten ostatni nie wywołuje reakcji ze strony otrzewnej ani u zwierząt zdrowych, ani uczulonych.

Wobec tych wyników doświadczalnych autorzy postępują obecnie w sposób następujący: chorym, którzy mają być poddani operacji w jamie brzusznej, wstrzykują doskórnie 0,2 cm^3 roztworu surowicy przeciwbłoniczej świeżej i starej, — jeśli wystąpi reakcja miejscowa, poddają takich chorych odczuleniu przedoperacyjnemu. W tym celu w ciągu 4 dni przed zabiegiem wstrzykują 2 razy dziennie podskórnie dwukrotnie rozcieńczoną starą surowicę końską w dawkach wzrastających od 0,2 cm^3 d 0,5 cm^3. Piątego dnia wykonywują operację w ogólnym znieczuleniu i w tym czasie wstrzykują powoli dożylnie jeszcze 1 cm^3 dwukrotnie rozcieńczonej surowicy. Wstrzykiwania podskórne powtarzają co drugi dzień aż do dwunastego dnia po operacji.

Katgut poddają 5-ciokrotnej sterylizacji, ogrzewając go za każdym razem w parafinie do temperatury 130° w ciągu godziny.

W 56 przypadkach operowanych powtórnie z powodu zrostów po pierwszej operacji osiągnęli przy tym sposobie postępowania — wyleczenie.

Uwagi na temat znieczulenia ogólnego evipanem sodu (Anesthésie générale à l'évipan sodique) P a u l i q u e n.

Memoires de l'Acad. de Chirur. Nr. 30, listopad 1937.

Statystyka autora obejmuje 2300 chorych usypianych evipanem sodu. Jakkolwiek środek ten ma przypuszczalnie pewne działanie toksyczne na wątrobę i nerki, to jednak nie większe, niż inne środki, jak eter, chloroform lub chlorek etylu. Na 2300 przypadków autor, miał zaledwie kilka poważniejszych powikłań i 2 zejścia śmiertelne. Jeden dotyczył 72-letniego starca, u którego przy wykonywaniu sztucznej przetoki kałowej w znieczuleniu miejscowym po dodaniu niewielkiej dawki evipanu sodu w ciągu kilku minut nastąpiła śmierć. W drugim przypadku była to 33-letnia alkoholiczka, która przy zabiegu wyłyżeczkowania macicy otrzymała 1 g evipanu i w kilka godzin zmarła wśród objawów śpiączki. Czterokrotnie autor obserwował objawy zapaści.

Autor podkreśla, że znieczulenie evipanem sodu stosuje raczej w przypadkach zabiegów krótkotrwałych, gdzie działanie evipanu porównać można do znieczulenia chlorkiem etylu. Znieczulenie to jest proste i bezpieczne, natomiast stosowanie evipanu przy zabiegach dłuższych jest bardziej skomplikowane. Autor wykonał 6 operacji wycięcia żołądka, przy czym dawka evipanu wystarczająca na ten 2-godzinny zabieg wynosiła 2 g. U starców i osób wyniszczonych do krótkotrwałego uśpienia wystarczy nawet 0,5 — 0,6 g evipanu. Łatwość w stosowaniu oraz brak przykrych następstw uśpienia zachęca autora do stosowania tego środka nie tylko przy krwawych zabiegach operacyjnych, ale przy nastawianiu złamań, przewożeniu lub przenoszeniu chorych ze złamaniem lub innym uszkodzeniem powodującym doraźne, silne cierpienia. Evipan w tych przypadkach działa lepiej i pewniej, niż morfina. Te jego zalety pozwalają go uważać za jeden ze środków chirurgii wojennej. Jest on również bardzo wskazany i łatwy w zastosowaniu u dzieci, które trudno uspokoić i uśpić przy znieczuleniu inhalacyjnym.

Leczenie niektórych schorzeń chirurgicznych wstrzykiwaniami dotętniczemi (La voie artérielle eu thérapeutique chirurgicale) F o u r m e s t r a u x, F r e d e t.

Mem. de l'Acad. de Chirurgie Nr. 33, grudzień 1937.

Wstrzykiwania dotętnicze mają dużo zwolenników, gdyż wprowadzone leki działają przede wszystkim w określonym terenie (zasięgu danej tętnicy), w danym stężeniu, nie ulegają przy tym zmianom chemicznym, które zachodzić mogą po zastrzyku dożylnym leku przy przejściu jego przez wątrobę i płuca. L e r i c h e podaje w ten sposób surowicę przeciwtężcową do tętnicy szyjnej, F i o l l e — środki utleniające i surowicę swoistą przy zgorzeli gazowej, roztwór fioletu goryczki przy zakażeniach kończyn.

Raynaldo dos Santos od 1929 stosuje wstrzykiwania do aorty brzusznej roztworów antyseptycznych przy zakażeniach w jamie brzusznej, ciężkich postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego, zapalenia nerek itp. Wstrzykiwania do aorty wykonuje on od strony grzbietu poprzez skórę, wkłuwając igłę w okolicy lędźwiowej lewej tuż poza ostatnim kręgiem lędźwiowym w ten sposób, aby koniec igły skierowany dośrodkowo przesunął się po trzonie tego kręgu.

Wstrzykiwania dotętnicze wykonuje się albo bezpośrednio przez skórę albo po odsłonięciu operacyjnym tętnicy.

Średnica igły nie powinna przekraczać 0,6 mm.

Dotętniczo wprowadza autor leki następujące: wodno-alkoholowy roztwór fioletu goryczki, gonakrynę, srebro koloidalne i 1% roztwór chromianu rtęci. Najniebezpieczniejsze są roztwory izotoniczne, których pH zbliżone jest do pH we krwi; 1% roztwór chromianu rtęci jest — hipotoniczny.

Na 110 przypadków leczonych w sposób powyższy autor nie zauważył ani jednego groźnego powikłania. W jednym tylko przypadku w tętnicy udowej powstał mały tętniak, dotyczył on chorego z daleko posuniętemi objawami miażdżycy naczyń. Autor wstrzykiwał leki do tętnicy udowej, ramieniowej i pachowej.

Najlepsze wyniki osiągnął w przypadkach ropowicy, przy zakażonych otwartych złamaniach, oraz przy leczeniu owrzodzeń goleni. W jednym przypadku uporczywego owrzodzenia po oparzeniu prądem po 3 wstrzykiwaniach roztworu chromianu rtęci osiągnięto zabliźnienie trwałe. Autor zaznacza, że leczenia takiego nie należy przeprowadzać u chorych z nadmierną pobudliwością naczyniową, u których zadrażnienie przybłonka tętnicy lekiem i igłą wywołać by mogło długotrwały skurcz naczyń. Nadwrażliwość naczyń można wykryć, wstrzykując doskórnie 1 — 2 krople adrenaliny w roztworze 1 : 10000, która u takich chorych wywołuje rozległą i długotrwałą białą plamę na skórze.

Uwagi na temat etiologii zgorzeli gazowej (Réflexions sur l'étiologie de la gangrène gazeuse). Chalier, Richer Charpentier.

Lyon Chirurgical, t. 35, Nr. 1, styczeń 1938.

Po ostatniej wojnie europejskiej, która dała bardzo liczne przykłady powikłania ran bojowych zgorzelą gazową, panował pogląd, że powikłaniu temu ulegają wyłącznie rany rozległe i połączone ze znacznym zmiażdżeniem i poszarpaniem kości i tkanek miękkich, zwłaszcza naczyń krwionośnych, i zanieczyszczonych ciałami obcemi (ziemia, odłamki pocisków, części ubrania).

Nie było oczywiście wątpliwości, że czynnik zakaźny przedostał się do rany z zewnątrz.

Późniejsze lata jednakże przyniosły cały szereg przypadków zgorzeli gazowej, dla których ta prosta etiologia staje się nie wystarczającą. Przypadki te dotyczą chorych, którzy ulegli bądź to drobnym obrażeniom powłok zewnętrznych w postaci ukłucia, niewielkiego zranienia itp. bądź też którym wstrzyknięto podskórnie w celach leczniczych lekarstwo. Zauważono przy tym, że chorzy, u których w następstwie wstrzyknięcia lekarstwa rozwinęła się w miejscu wstrzyknięcia zgorzel gazowa, mieli objawy zaburzeń żołądkowo-kiszkowych (zwłaszcza durowych) i objawy zapalenia płuc. U chorych takich w miejscu zgorzeli stwierdzono obecność bacillus perfringens czasami w towarzystwie łańcuszkowców i gronkowców. Śmiertelność tych przypadków wynosiła 96%. W przypadkach tych oczywiście tłumaczenie powstania zakażenia przedostaniem się zarazka zakaźnego z zewnątrz byłoby — poza pojedyńczymi może przypadkami — nie do przyjęcia. W poszukiwaniu właściwego źródła zakażenia autorzy wysuwają przypuszczenie, że ma tutaj miejsce zakażenie wewnątrz pochodne (przewód pokarmowy, drogi moczowe — w których chorobotwórcze beztlenowce mogą przebywać, nie wyczerpując objawów chorobowych). W przypadkach tych nawet drobne zranienia, wywołane wkłuciem igły w celach leczniczych, mogą stać się tym miejscem zmniejszonej odporności, w którym krążące we krwi beztlenowce mogą osiąść i dać początek zgorzeli gazowej. Oczywiście ustrzeżenie się przed tego rodzaju komplikacjami jest w tej chwili poza zasięgiem możliwości lekarza, o czym należy pamiętać przy udzielaniu opinii lekarskich w przebiegu odnośnych spraw sądowych.

J. Czyżewska.

GINEKOLOGIA.

Różnicowanie ciałek żółtych ciążowych i miesiączkowych (Sur la différenciation des corps gestatifs et menstruels). Portes, Aschheim i Robey.

Gynécologie et Obstétrique, t. 37, 1938, str. 100.

Makroskopowo ciałko żółte ciążowe jest większe, zwłaszcza w pierwszych miesiącach ciąży, o kolorze żółtopomarańczowym, bardzo intensywnym. Mikroskopowe komórki luteinowe ciałka żółtego ciążowego są duże, o kształtach bardzo nieregularnych. Najważniejsze jednak różnice istnieją według autorów w cechach mikrochemicznych ciałek żółtych. Obecność tłuszczów ani soli wapnia nie pozwala na zróżnicowanie ciałka żółtego ciążowego i miesiączkowego, natomiast obecność koloidów jest swoiście właściwa dla ciałka żółtego ciążowego. Autorzy twierdzenie to opierają na zbadaniu 100 ciałek żółtych miesiączkowanych i licznych ciążowych, barwionych metodą Van Giesona, we wszystkich przypadkach stwierdzili oni w ciałkach żółtych ciążowych obecność koloidów. Występują one w postaci barwnych kuleczek, różnej wielkości, w ilości od kilku do bardzo licznych na przekroju, obecność ich można stwierdzić we wszystkich okresach ciąży.

Zastanawiając się nad rolą koloidów w ciałku żółtym ciążowym autorzy dochodzą do wniosku, że nie są one, jak twierdzą niektórzy, wyrazem zwyrodnienia komórkowego, ale wyrazem specjalnej czynności wydzielniczej.

Różnice między ciałkiem żółtym ciążowym a miesiączkowym w zawartości koloidów mają według autorów podwójne zastosowanie praktyczne, a więc w badaniu sądowo lekarskim poronienia oraz w rozpoznaniu etiologii krwawień dootrzewnowych, pochodzenia jajnikowego, wreszcie w odróżnianiu ciąży jajnikowej od pęknięcia pęcherzyka, czy też ciałka żółtego miesiączkowego.

Położnictwo w 1937 r (L'obstétrique en 1937). J. Ravina.

Paris Médical Nr. 5, Janvier 29, 1938.

Poronienia. Grasset, opierając się na 500 przypadkach z literatury światowej, pisze o leczeniu i zapobieganiu przebicia macicy w czasie skrobania ginekologicznego i po poronieniu. Autor twierdzi, że skrobanie po poronieniu należy ograniczyć do minimum, a załatwiać te przypadki, wydobywając resztki palcami, zaznacza przytem, że przy skrobaniach macicy niezakażonej, przebicia nie zbyt rozległe nie koniecznie wymagają laparotomii, gdyż goją się w 95% samoistnie, zaleca natomiast laparotomię jako środek ostrożności. W przypadkach zakażonych albo w ciąży zaawansowanej Lang i Hartemann opisują szereg przypadków poronień kryminalnych, a więc po wstrzyknięciu mleka do jamy macicy — śmierć następuje wśród objawów wstrząsu, opisywano duże krwotoki, pochwowe po wprowadzeniu do pochwy bardzo silnego roztworu nadmanganianu potasu. Masson podaje sposób szybkiego przerwania ciąży przez wstrzyknięcie do jaja płodowego fenolu. Śmierć płodu następuje po 2,5 cm^3, a po 4 — 5 cm^3 jego wydalenie.

Ciąża. Brindeau, Lantuéjoul i Hinglais w patogenezie wymiotów niepowściągliwych u ciężarnych uważają za najważniejszy czynnik zwiększone wydalanie hormonów sięgające do 23.000 jednostek, podczas gdy w normalnej ciąży sięga ono do 5000 — 10.000 jednostek. Leczenie wymiotów niepowściągliwych — dieta, psychoterapia, chlorek doodbytniczo. W przypadkach ciężkich — przerwanie ciąży. Trillat i Bernay opierając się na stwierdzonych zaburzeniach ze strony wątroby i dróg żółciowych u kobiet ciężarnych, cierpiących na wymioty inepowściągliwe, zalecają 3 — 5-krotne sondowanie dwunastnicy z następowym wprowadzeniem początkowo 50 — 60 cm^3 $MgSO_4$, a po 2 godzinach glukozy albo mleka ocukrzonego Le Lorier leczył przypadki ślinotoku ciężarnych naświetlaniem gruczołów ślinowych. Stroganoff i Davidovitch pisząc o eklampsji, mówią o dodatnim wpływie przebicia pęcherza na długość porodu i napady drgawek. W 55% otrzymali całkowite zniknięcie napadów drgawek aż do urodzenia dziecka. Pigeaud i Burthiault opisują zniknięcie objawów nefropatii z nadciśnieniem u ciężarnej po wstrzykiwaniach $MgSO_4$. Gernez opisuje przypadek wytworzenia się dużej torbieli luteinowej po usunięciu zaśniadu groniastego, Weill skręt torbieli po usunięciu zaśniadu.

Ciąża pozamaciczna. Guiglinger podaje przypadek ciąży jajnikowej, Laconture i Darmaillacg przypadek ciąży brzusznej przetrwałej przez 22 lata, wykrytej przypadkowo przy laparotomii, w postaci szczątków skostniałych na otrzewnej pęcherzowej. Will opisuje przypadek 6 mies. ciąży pozamacicznej, międzywięzadłowej pękniętej do ligamentum latum. Płód wagi 1200 gr żył godzinę.

Perez i Tallaferro opisują przypadek łączący w sobie trzy rzadkie sprawy w położnictwie: pęknięcie blizny po cesarskiem cięciu, powtórnie niskie umiejscowienie łożyska i przeszczepienie kosmków na otrzewną pęcherza. Gernez wykazuje w swoim referacie, że przy pomocy hormonów gonadotropowych nie można różnicować ciąży normalnej od patologicznej. Rhenter i Pinet obserwowali przypadek ciąży z odczynem Zondeka wybitnie ujemnym w 3 i 6 miesiącu ciąży. Estienny stwierdza zwiększenie ilości polipeptydów we krwi ciężarnych od 3 do 8 miesiąca ciąży i znaczne ich zmniejszenie przy końcu ciąży. Rivière i Legrostidier stwierdzili zwiększenie ilości mocznika we krwi przez 12 dni po porodzie, a także wzrost ilości polipeptydów. Tran-Cong-V i wykazał osłabienie czynności wątroby w połogu, określając ilość cukru we krwi.

Ze schorzeń ogólnych, wikłających ciążę, przede wszystkim należy wymienić kiłę. Trillat i Magnin polecają badanie krwi z pępowiny na odczyn Wassermanna, celem wykrycia wrodzonej bezobjawowej kiły noworodków. Vorou, Rochet i Vincent ogłaszają przypadki krwotoków pępkowych i podotrzewnowych u noworodków na tle syfilitycznym. Gerner i Démarer twierdzą, że prognoza przy cukrzycy ciężarnych dzięki insulinie znacznie się poprawiła jeśli chodzi o matkę, dla dziecka jednak zawsze jest zła.

Gerner w swoim artykule o raku szyjki w ciąży twierdzi, że terapia radowa zawodzi, w przypadkach początkowego raka jest on wielkim zwolennikiem leczenia operacyjnego, w przypadkach, nienadających się do operacji, radzi rad.

Bausillan, Caillot i Ambre przedstawiają przypadek kobiety w 7 mies. ciąży ze stanem zapalnym szyji, który doprowadził do nekrozy szyji. Autorzy wykonali z dobrym wynikiem cesarskie cięcie. Devraigne i Ravina stwierdzają rzadkość ostrych zapaleń przydatków w ciąży i twierdzą, że interwencja chirurgiczna w tych przypadkach jest konieczna ze względu na złą tendencję do gojenia się. Gery, Mahon i Liard obserwowali kobietę, która uległa w 2-gim mies. ciąży złamaniu kości miednicy z rozłączeniem spojenia. Ciążę donosiła, poród kleszczowy żywego dziecka. Fulecouis podaje przypadek kobiety, która czterokrotnie donosiła ciążę pomimo torbielowatości nerek. Między 2 — 3 ciążą dokonano częściowej resekcji jednej nerki. Cotte i Bausillon opisują przypadek śmierci po znieczuleniu lędźwiowym przy cesarskim cięciu, tłomacząc zgon porażeniem centrum oddechowego. Brochier i Ambre wśród 87 przypadków dodatniego wyniku znieczulenia lędźwiowego mieli podobny przypadek śmierci przy cięciu cesarskim. Pomimo dodatnich poprzednich wyników otrzegają przed stosowaniem znieczulenia lędźwiowego w położnictwie. Guiglinger poleca do cesarskiego cięcia znieczulenie miejscowe, zostawiając ogólne dla przypadków nagłych, a lędźwiowe dla kobiet otyłych. Dla poparcia swego twierdzenia podaje statystykę, według której na 237 operacji pod narkozą eterową było 4 przypadki śmierci, a na 248 ze znieczuleniem lędźwiowym 3. Lapervenche poleca do znieczulenia w położnictwie Eunarcon,

barbiturowy preparat, jako nieszkodliwy dla matki i płodu. Stosował go w 50 przypadkach.

Poród. Bué, Palliez i Gernez piszą o wynikach cesarskiego cięcia w dolnym odcinku w 131 przypadkach w ciągu 5 lat w klinice w Lille. Śmiertelność 0%. Audebert na podstawie 2 przyp. atonii macicy po cesarskim cięciu ostrzega przed łatwym stawianiem wskazań do cesarskiego cięcia. Ducuing i Guilhelm w przypadku słabych skurczów macicy podczas porodu polecają przy zachowanym pęcherzu metodę wyczekującą, przy pękniętym—gdy środki farmakologiczne zawodzą — cesarskie cięcie. Szereg autorów, opisuje pojedyncze przypadki pęknięcia blizny w ciąży lub podczas porodu po uprzednim cesarskim cięciu, twierdzi, że to późne powikłanie cesarskiego cięcia jest coraz rzadsze dzięki rozpowszechnieniu cięcia w dolnym odcinku. Rheuter, Bucher i Chastel polecają w przypadkach zwężenia miednicy średniego stopnia wywoływanie przedwczesnego porodu, twierdząc że poród przy ciąży donoszonej i zwężonej miednicy daje w 60% dobre wyniki, a w 40% stanowi wielkie ryzyko dla matki i dziecka. Lantuéjoul, uwzględniając rzadkie przypadki konieczności zastosowania kleszczy wysokich, przypomina o usłudze jaką oddaje często zabieg czynnego obracania miednicą dokoła główki, uchwyconej w kleszcze. Viguer i Tisserand polecają przy łożysku przodującem metodę Willetta, polegającą na uchwyceniu przy pomocy szczypczyków za skórę i powięź czaszki płodu i obciążenie tych szczypczyków ciężarem 1 kg. Gonnet, Bausillon i Bucher, wywołują poród przy pomocy 50.000 jednostek follikuliny, stosowanej w ciągu 3 dni z następowym zastosowaniem hipofizyny i spasmalginy.

Połóg. Lacomme, biorąc pod uwagę profilaktykę zakażenia połogowego, wstrzykuje każdej rodzącej i w ciągu 5 dni po porodzie chloralhydrat sulfamidochryzoidyny w dawce 2 g dziennie. Wyniki miał bardzo dobre, w ciągu 1936 r. nie spostrzegał przypadku śmierci, a zakażenia połogowe — jeśli były — to bardzo słabe, nie miał również ani jednego przypadku phlebitis. Patoir i Decoulx opisują przypadek ropnia macicy, nie dający żadnych objawów miejscowych, a silne ogólne, wykryte dopiero po laparatomii. Trillat i Burthiaux podają 3 przypadki śmiertelnych powikłań płucnoopłucnowych podczas połogu. Autorowie kładą nacisk na ciężkość płucnych powikłań w połogu. Brochier i Caillot cytują przypadek krwotoku 10 dnia po porodzie tak silnego, że zmuszeni byli usunąć macicę. Badanie mikroskopowe wykazało rozległą martwicę mięśnia macicznego. Rheuter i Chastel podając 11 przypadków krwiaka sromowo-pochwowego po porodzie, twierdzą, że jest to powikłanie rzadkie i nie dające złych następstw. Soupault na podstawie 25 własnych przypadków poleca leczenie anatoksyną zapaleń gruczołów piersiowych.

Fruhinsholz podaje ciekawą obserwację, że drugie dziecko przy bliźniaczym porodzie zawsze jest słabsze i często umiera w pierwszych tygodniach życia.

Naciekowe znieczulenie układu współczulnego miednicy w położnictwie (L'infiltration du sympatique pelvien en pratique obstetricale). Henriet J. i Pontarlier.

Revue Française de Gynécologie et d'obstétrique, Nr. 3, 1938.

Autor opierając się na stwierdzonym fakcie rozluźnienia i jakby większej elastyczności mięśni krocza po sympatectomii, postanowił wykorzystać ten zabieg w położnictwie. Działanie sympatectomii naśladuje autor przez wstrzyknięcie nowokainy do plexus pelveoperinealis. Technika wstrzykiwania jest następująca: rodzącą w zwykłej pozycji ginekologicznej z maksymalnie przykurczonymi do brzucha nogami nakłuwa się długą igłą nieco nad spoidłem tylnym nazewnątrz od wargi dużej. Igłę wkłuwa autor aż do przymacicza bocznego pod kontrolą dwóch palców drugiej ręki, znajdujących się w pochwie. Nowokainy 1% używa 20 cm^3 bez adrenaliny Wstrzyknięcia te wykonywa po obu stronach.

Na 183 porody wykonał autor 85 powyższych znieczuleń, z czego 56 na skutek wskazań ze strony krocza, a 29 ze strony szyji. Wskazania ze strony krocza według autora dają przede wszystkim stare pierwiastki o niepodatnych tkankach, dalej pierwiastki o wysokim kroczu i wieloródki z kroczem zbliznowaciałym po uprzednich porodach. Dzięki powyższemu znieczuleniu otrzymał autor 1) zmniejszenie bolesności przy przerzynaniu się główki, 2) przyspieszenie przejścia części przodującej przez krocze (okres II trwał średnio 30 minut), 3) zmniejszenie ilości zabiegów położniczych, a więc kleszczy i nacięć krocza. Procentowo na 183 porody miał autor 0,5% kleszczy, epistotomii i pęknieć — 1,6%.

Wskazanie ze strony szyji do zastosowania opisywanego znieczulenia dostarczają przypadki niepodatności szyji, jej zbliznowacenia, obrzęku itp. Takich przypadków opisuje autor 29. Po wstrzyknięciu nowokainy do plexus pelveo perinealis otrzymał autor pełne rozwarcie po 30′ — 60′ minutach, podczas gdy przed wstrzyknięciem, stwierdzał zupełny brak postępu w rozwieraniu się ujścia przez 3 — 5 godzin. Na 20 przypadków ani razu nie musiał zastosować skaryfikacji szyji. Autor poleca ten sposób prowadzenia porodu, zaznaczając, że nie dał on mu ani razu powikłań.

Zapalenia żył miednicy w przebiegu zapaleń macicy i przydatków (Les phlébites pelviennes au cours des mètro-salpingites). Ferrari, Toradles.

Gynécologie et Obstétrique, 1938.

Autorzy podkreślają częstość zapaleń żył i naczyń limfatycznych miednicy podczas zapaleń narządów rodnych. Na dowód tego przytaczają 3 przypadki: w 1-szym stwierdzono phlebitis przy laparotomii próbnej, w 2-gim zaburzenia krążenia jamy brzusznej doprowadziły do zejścia śmiertelnego z powodu zapalenia v. portae; w 3-cim wyczuwano wyraźny naciek wzdłuż vasa hypogastrica (posiew + wykonano szczepionki — chorą

leczono surowicą). Poza tym przytaczają badanie histologiczne, które wykazały w 5 przp. zapalenie żył.

Rozpoznanie zapalenia żył miednicy jest trudne. Leczenie specjalne można zastosować tylko wtedy, gdy posiew jest dodatni.

Pięć przypadków porodów po operacji plastycznej przy wypadnięciu macicy (Cinq cas d'opération plastique pour prolapsus suivie d'accouchement). Geisendorf W.

Gynécologie et Obstétrique, t. 37, 1938, str. 142.

Autor opisuje pięć przypadków normalnych porodów po operacji Halbana, wykonanej w Klinice Genewskiej.

Na pięć operowanych przypadów, w 3-ch zastosowano amputację szyji. We wszystkich 5-ciu przypadkach pacjentki ciążę donosiły, porody siłami natury z zabiegiem nacięcia krocza. W żadnym przypadku nie było po porodzie nawrotu wypadnięcia macicy.

Podając te 5 przypadków, autor chce podkreślić bezpieczeństwo operacji Halbana dla późniejszych porodów i trwałość otrzymanych dzięki niej wyników, zaznacza przy tym, że wbrew twierdzeniu niektórych położników amputacja szyji bynajmniej nie przedstawia wielkiego niebezpieczeństwu dla późniejszych porodów.

Poród po wyłuszczeniu mięśniaka. (Accouchement après énucleation du myome). Srecko Zanela.

Gynécologie et Obstétrique, t. 37, 1938, str. 111.

Autor podaje dane cyfrowe z kliniki w Zagrzebiu, dotyczące mięśniaków. W ciągu 15 lat na 1442 przypadki mięśniaków zoperowano 1145, z czego 896 musiano zoperować radykalnie, a zaledwie 249 częściowo z zachowaniem płodności lub conajmniej miesiączkowania. Drogą brzuszną zoperowano 699 przypadków, drogą pochwową zaś 446.

Z metod konserwatywnych w 147 przypadkach, stosowano naświetlanie promieniami X. W 4-ch przypadkach naświetlano radem.

Zwyrodnienie złośliwe zaobserwowano w 2,52% przypadków, martwicę mięśniaka w macicy nieciężarnej w 13,7%, ciężarnej zaś w 23,6%.

Śmiertelność po operacji mięśniaków wyniosła 1,3%.

Na 10 przypadków operowanych mięśniaków podczas ciąży wystąpiło tylko jedno samoistne poronienie, w jednym przypadku poród przedwczesny. Po operacjach porody z wyjątkiem 2 (kleszcze) odbyły się siłami natury. W 4 przypadkach po operacji mięśniaków chore zaszły w ciążę w okresie od 6 — 18 miesięcy po zabiegu, przy tym wszystkie te kobiety przed operacją były niepłodne.

Ani razu nie zaobserwowano nawrotu mięśniaków, ani pęknięcia macicy po wyłuszczeniu mięśniaków.

Reasumując, autor na podstawie literatury i statystyki własnej twierdzi, że rezultaty operacji wyłuszczania mięśniaków w ciąży są naogół dobre, zwłaszcza szybsze jest zbliznowacenie rany macicy, któremu sprzyja rozrost i przerost tkanek macicznych, przytem pęknięcie macicy po wyłuszczeniu mięśniaków opisywane jest rzadko, w każdym bądź razie rzadziej, niż po cesarskim cięciu. Co do wzajemnego stosunku mięśniaków i ciąży autor dochodzi do wniosku, że niepłodność sprzyja powstawaniu mięśniaków, ale jeszcze bardziej obecność mięśniaków przeszkadza zajściu w ciążę i komplikuje poród i połóg.

Zawodziński.

PSYCHIATRIA

Leczenie schizofreni pentametylenotetrazolem: cardiazolem. (Traitement de la schizophrenie par le pentaméthylentétrazol (cardiazol). Honorio Delgado.

Annales médico-psychologiques Nr. 1, tom I, 1938.

Wychodząc z założenia, iż jakoby między padaczką i schizofrenią istnieje antagonizm biologiczny, von Meduna, wywołując napady padaczkowe u schizofreników, tym samym wytwarzał zmiany chemiczne, humoralne itd. w ustroju tych chorych, stwarzając w ten sposób teren nieodpowiedni dla rozwoju schizofrenii, występowała więc możliwość biologiczna cofania się choroby.

Von Meduna stosował wstrzykiwanie dożylne cardiazolu pacjentom naczczo. Chory w momencie wstrzyknięcia nie powinien znajdować się pod wpływem żadnego środka uspakajającego. Z początku v. M. stosował roztwór 10%, później 20%, pozostawiając 10% rozczyn dla wstrzykowań domięśniowych. Zaczynał od dawki 0,5, powtarzał ją 2 razy na tydzień, dopóki wywoływała napady padaczkowe. Gdy przestała działać, powiększał dawkę o 0,1 po każdej próbie nieudanej. Po napadzie odpoczynek 2 — 3 dniowy. Największa dawka wynosiła 1,5 g. W większości wypadków nie trzeba było przekraczać 1,0. Nadzwyczaj ważnym szczegółem jest szybkość z jaką wykonywa się zastrzyki, mianowicie należy wstrzykiwać w ciągu sekundy nie mniej niż 0,1 cardiazolu. W wyjątkowych przypadkach, gdy stosowanie dożylne jest niemożliwe, można stosować zastrzyki domięśniowe głębokie, dawki cardiazolu są wtedy wyższe o 0,3 — 0,5 od dawek stosowanych dożylnie. Liczba napadów padaczkowych niezbędna do wyleczenia jest różna od przypadku do przypadku. v. M. otrzymał zupełne remisje po 2 lub 3 napadach, radzi jednak po otrzymaniu dobrego wyniku stosować jeszcze najmniej 3 napady, by uniknąć nawrotu. Największa liczba napadów jaką stosował, była 30.

Napady drgawkowe wywoływane cardiazolem, według v. M., mają następujące cechy: bezpośrednio po wstrzyknięciu lub w kilka sekund po nim, nigdy dłużej nad 30 sekund (Delgado obserwował przerwę 58 sek.), chory traci przytomność i otwiera usta na kilka sekund, — korzystamy z tego, by założyć tampon celem uniknięcia przygryzań. Po zastrzykach domięśniowych objawy występują dopiero po 20 minutach lub później. Potem występują skurcze toniczne, trwające 7 — 26 sek., po nich drgawki kloniczne w ciągu 30 — 45 sek. Napad drgawkowy trwa od 40 — 70 sek. Drgawki występują zawsze obu-

stronnie i symetrycznie, wyjątkowo na początku napadu ograniczają się do jednej kończyny. Czasami występuje wydzielanie moczu, gazów lub nasienia bez erekcji. Już w czasie zastrzyku występuje bladość lica, które przyjmuje zabarwienie blado-szare, a w okresie drgawek klonicznych sinawe. Czasami napad zaczyna się od zaczerwienienia twarzy. Tętno po napadzie przyśpiesza się 120 do 130. W 5 — 10 minut, po napadzie tętno jest prawidłowe. Odruchy zachowują się, jak w zwykłej padaczce. Po napadzie chory powoli wraca do przytomności, bądź zasypia na kilka minut. Czasami występują stany zamienne: zamroczenie, bredzenie, itp. Nie obserwowano epilepsia precursiva i epilepsia jaksoniana. Po napadzie zupełna amnesia, znika jednak po kilku minutach.

Mocz wykazuje zwykłe zmiany, obserwowane w czasie napadu padaczkowego: kwasota zwiększa się (o 26%), obecność kwasu mlecznego, powiększenie ilości fosforu (o 10%) i zmniejszenie ilości chlorków (o 25%), ponad to v. M. stwierdził przesunięcie obrazu hematologicznego w lewo, zależne prawdopodobnie od działania wielkich dawek cardiazolu.

Leczenie cardiazolem jest przeciwwskazane u chorych na serce i chorych gorączkujących. Komplikacji prawie nie bywa, dla pewności należy chorego w dniu wstrzyknięcia, przytrzymać w łóżku.

V. Meduna otrzymał w swoich 110 przypadkach — o trwaniu choroby od jednego tygodnia do lat 10 — 49,09% zwolnień. W przypadkach, gdy choroba jest świeża, trwała mniej niż pół roku, wyleczenie występuje w 91,66%, w przypadkach, trwających mniej niż półtora roku — w 84%, w przypadkach trwających poniżej lat 5 — jeszcze w 64,28%. O ile choroba trwa ponad 5 lat, to wyleczenie wcale nie występuje.

Prognoza w schizofrenii zależy od okresu w jakim znajduje się cierpienie, od trwania choroby, od obciążenia dziedzicznego, od przesunięcia obrazu leukocytowego i od łatwości z jaką występują napady padaczkowe: od 4-ego lub 5-ego wstrzyknięcia ustala się prognoza, o ile dawka nie przekracza 0,50 cardiazolu, to wyniki leczenia będą dobre, o ile wynosi 1,0 to nadzieja na wyleczenie jest wątpliwa. Remisja występuje bądź etapami ,bądź stopniowo, bądź zwolnieniami, odróżnia się od remisji samoistnej wybitną amnezją.

W przypadkach, w których padaczka cardiazolowa nie dała wyniku leczniczego, leczenie insuliną dało zupełne wyleczenie (Angyal i Gyârfâs). W jednym z przypadków Angyal i Gyârfâs miało miejsce zejście śmiertelne. Sekcja ustaliła jako przyczynę śmierci niedomykalność zastawek aorty i zwyrodnienie mięśnia sercowego.

H. Delgado stosował cardiazol w 17 przypadkach schizofrenii; 6 zupełnie wyleczonych, 11 w trakcie leczenia; 16 mężczyzn, jedna kobieta. Delgado opisuje dokładnie przebieg napadu drgawek i zwraca uwagę na utrzymywanie tamponu w ustach w czasie okresu klonicznego, tampon należy utrzymywać między zębami trzonowymi, bo mogą wystąpić drgawki asymetryczne i wtedy należy baczną uwagę zwracać na oddychanie chorego, które zanika. Przed podaniem lobeliny, bądź adrenaliny, należy zastosować sztuczny oddech i rytmiczne wyciąganie języka. Po napadzie czasami występują omamy o zabarwieniu strasznym. Po początkowym krótkim śnie następuje sen głęboki i długi. Po przebudzeniu chory zwykle jest zdezorientowany i nie pamięta. Odczucia w czasie napadu chorzy z trudnością zaledwie są w stanie opisać, jako sen nieopisanie beznadziejny, mają uczucie zawrotnego lotu w błękitnej atmosferze, jest to coś tak szczególnego, że nie daje się opisać, ma się wrażenie czegoś zupełnie nowego, co odpowiada chyba śmierci". O ile po zastrzyku cardiazolu nie występuje napad, to chory ma uczucie duszenia się, zawroty głowy i uczucie strachu, zamyka oczy i mówi, że bardzo źle się czuje. Stan w przypadkach po dużych dawkach, gdy nie następuje napad, jest rozpaczliwy: chory blady rzuca się w strachu, krzyczy rozpaczliwie, podniecenie ruchowe jest bardzo silne, oddechów 35 na minutę, 150 uderzeń tętna.

Delgado bardzo zaleca stosowanie metody v. Moduna jako metody nie groźnej i dającej się stosować w praktyce prywatnej. Jednak wobec bardzo nieprzyjemnych odczuć zwykle chorzy z wielką trudnością dają się namówić na powtórzenie zabiegu.

Zygmunt Messing.

FYTOTERAPIA.

Farmakologia pokrzyw: zwyczajnej i żegawki. (La Pharmacologie de l'ortie — Urtica dioica L. et Urtica urens L.). Prof dr H. Leclerc.

La Presse Médicale Nr. 25/1938.

Liście obydwóch tych pospolitych i powszechnie znanych roślin są opatrzone włoskami parzącymi, które — przy zetknięciu z naszymi powłokami skórnymi — wywołują silnie swędzące palenie i wysypkę.

Smaganie pokrzywą było zalecane już przez słynnego lekarza rzymskiego Celsa, który stosował ten zabieg dla ożywienia odrętwiałych członków przy porażeniach kończyn i niemocy płciowej.

Później podawano doustnie sok pokrzywy jako lek żółciopędny, przeciwfebryczny i — zwłaszcza — przeciwkrwiotoczny.

Ta ostatnia zaleta pokrzywy była do ostatnich czasów wielokrotnie stwierdzana empirycznie, a obecnie jest już ustalona ściśle naukowo.

W roku 1922, prof. Perrin i Rémy, wstrzykując zwierzętom dożylnie wyciąg wodny z żegawki (U. urens), uzyskali znaczne zwiększenie ciśnienia tętniczego, wzmożenie działalności lewej komory serca i przyśpieszenie rytmu; dozy nadmiernie duże tego wyciągu wywoływały śmierć zwierzęcia przy objawach skurczy dodatkowych serca.

Z wyciągu żegawki, farmakolodzy Starkenstein i Wasserstrom wyodrębnili trzy odrębne frakcje, z których jedna zwłaszcza wywiera silne działanie podniecające muskulaturę gładką; zdaniem Dobreffa zawiera ona w sobie jakąś substancję (sekretynę?), działającą jako silne cholagogum zwiększające

równocześnie wydzielanie wody i części stałych żółci.

Temu działaniu wspomnianej substancji na mięśnie gładkie przypisywać trzeba działanie pokrzyw na układ sercowo-naczyniowy, a przede wszystkim ich własności farmakodynamiczne hamowania krwi.

Już przed paroma laty, autor podał w swym podręczniku ziołolecznictwa opis kilku wypadków uleczenia uporczywych krwawień sokiem pokrzyw; obecnie zebrał dalsze spostrzeżenia nad kilkoma przypadkami uporczywych krwawień miesiączkowych, krwiopluć płucnych i krwotoków jelitowych, które szybko ustępowały przy podawaniu świeżego soku z pokrzyw (100 cm³ na dzień) lub ekstraktu płynnego (2 do 4 łyżeczek od herbaty na dobę). Można również podawać chorym odwar z pokrzyw suszonych (60 g ziela suchego na 1000 cm³ wody, dawka 300 cm³ na dobę) lub syrop wg formuły:

świeżych liści pokrzywy	250 g
wody wrzącej	1500 g
naparzać przez 2 godziny, odcedzić i dodać cukru	750 g
zażywać 150 do 300 g dziennie.	

Ubocznie warto wspomnieć, że pokrzywy — zwłaszcza młode, — mogą przynieść dużą korzyść jako środek dietetyczno-odżywczy, bogaty w żelazo. Stwierdzono wielokrotnie, że — podawane jako sałata lub jarzyna (zamiast szpinaku) — wywierają one znakomity wpływ krwiotwórczy i wydatnie zwiększają ilość barwika we krwi, (co przypisać należy, niewątpliwie, zawartym w tych roślinach życianom i chlorofilowi. — Przyp. Ref.).

Farmakologia psianki czarnej. (La pharmacologie de la Morelle — Solarum nigrum L.). Prof. dr H. Leclerc.

La Presse Médicale Nr. 25/1938.

Niepokaźna i pospolita ta roślina była — w średniowieczu — jednym z najsłynniejszych leków galenowskiego arsenału leczniczego.

Przez św. Hildegardę uznana za najczynniejszy środek farmakologiczny owych czasów, psianka czarna — wraz z makowcem, szalejem i bluszczem — wchodziła w skład owego confectio soporum, które dominikanin Teodoryk, biskup cerwijski, wprowadził, jako środek znieczulający, przy operacjach chirurgicznych. Jeszcze w 1767 roku wyciąg z tej psianki podawano chorym na raka dla ukojenia ich bólów.

Później zapomniano o zaletach leczniczych tej rośliny, która tylko — często jeszcze — przypominała o swym istnieniu licznymi wypadkami śmierci po wypadkowym spożyciu jej owoców. Dzięki temu właśnie poddano ją w XIX w. drobiazgowemu badaniu i wykryto zawartość w niej solaniny, która wywiera własności narkotyzujące na mózg, rdzeń przedłużony i sploty nerwowe, powodując porażenia zakończeń nerwów ruchomych i czuciowych, co każe umieścić solaninę w rzędzie najsilniejszych środków znieczulających i przeciwruchowych.

Te właśnie działania składnika głównego psianki pozwalają użytkować tę roślinę, jako lek przy nerwicach, bolesnych skurczach jelitowych, drżeniach kończyn przy sclerosis multiplex i chorobie Parkinsona, w gośćcu mięśniowym i dnie. Dobre wyniki daje również psianka w bezsenności i stanach lękowych.

Ponieważ jest to jedna z tych, bogatych w enzymy, roślin, które po wysuszeniu stają się bezwartościowe, — należy ją używać w stanie świeżym lub stabilizowaną (jak opisano niedawno w „Wiedzy Lekarskiej” metodą Perrot-Goris).

Leclerc ogłosił uprzednio już wypadki, kiedy świeży sok psianki w ilości 20 — 30 g uspokajał szybko i całkowicie napady kamicy żółciowej.

Najwygodniejsza w użyciu jest nalewka alkoholowa lub wyciąg, stężony do konsystencji miodu, podany np. w takim zestawieniu:

ekstraktu z psianki stabilizowanej	0,5 g
gliceryny	30,0 g
wody	q. s. ad. 50 cm³

Łyżeczka od herbaty zawierać będzie tu 0,05 g wyciągu. Dawka: 1 do 4 łyżeczek na dzień.

U osób, które nie znoszą preparatów wilczej jagody (Atropa belladonna), znakomite wyniki przy bólach miednicowych otrzymać można, stosując czopki:

ekstraktu z psianki stabilizowanej	0,05 g
ekstraktu z maku polnego (Papaver rhoeas)	0,1 g
masła kakaowego	5,0 g

Jako środków uspokajających zewnętrznych należało by używać larga manu oleju psiankowego, dla którego urzędowy lekospis portugalski podaje formułę następującą:

świeżych posiekanych liści psianki	100 g
alkoholu 90%	50 g
oliwy (z orzechów ziemnych lub z soji)	1000 g

Po zmacerowaniu — w ciągu 24 godzin (w cieple) — liści w alkoholu, dodać oliwę i na łaźni wodnej mieszaninę ogrzewać aż do całkowitego wyparowania alkoholu, pozostałość przetłoczyć przez płótno, dekantować i przefiltrować.

Jest to najlepszy z dotychczas znanych zewnętrznych środków uśmierzających bóle.

Prosty środek na czkawkę — koper ogrodowy: Anethum graveolens L. (Un remède du hoquet: L'Aneth). Prof. dr. H. Leclerc.

La Presse Médicale Nr. 81/1937.

W czasie epidemii czkawki spazmatycznej, którą lekarze francuscy mieli możność obserwować w roku 1918 u żołnierzy, chorych na grypę, przypomniano sobie, że w średniowieczu uważano odwar zwykłego kopru za środek, który ma zdolność przerywać czkawkę „miraculi instar”.

Prof. dr. H. L e c l e r c zastosował wtedy sacharooleat z olejkiem koprowym (1 gram olejku, roztarty z 40 g pudru cukrowego), podawany w ilości 5 do 10 gramów dziennie w 4 dawkach (w małej ilości wody).

Zaobserwowano przy tym, że skurcze przepony szybko ustępowały, wydzielały się obfite gazy i czkawka znikała bezpowrotnie.

Olejek otrzymywano we własnym zakresie w aptekach szpitalnych, przepuszczając — przez nasiona kopru (nawet jeszcze niedojrzałe) parę wodną i następnie ją skraplając.

Farmakologia rybołówki. (La Pharmacologie du „Piscidia erythrina" Lah). Prof. Dr. H. L e c l e r c.

La Presse Médicale Nr. 81/1937.

Piscidia erythrina należy do roślin względnie dawno już używanych w lecznictwie, lecz znacznie dawniej jeszcze znanych rybakom i myśliwym, jako niezawodny środek do ogłuszania ryb i zwierzyny. Jest ona jedną z przedstawicielek rodziny M o t y l k o w a t y c h i botaniczne swe imię zawdzięcza francuskiemu misjonarzowi Ojcu L a b a t, kt´ry opisał ją w roku 1722, łącząc w jej nazwie: własności użytkowe („Piscidia" = Rybołówka) i uderzające piękno jej kwiatów szkarłatnych („erythrina").

Na Jamaice i Martynice drzewa te rosną w wielkiej obfitości i noszą nazwę: J a m a ï c a d o g w o o d (dereń jamajski) lub B o i s e n i v r a n t (drzewo odurzające).

Pierwszą wzmiankę o leczniczych własnościach Rybołówki spotykamy w dziele H o r t u s a m e r i c a n u s B a r b a m a, który używał jej kory do leczenia owrzodzeń; obszerne badania nad tą rośliną w roku 1844 przeprowadził anglik W. H a m i l t o n, kt´ry — na samym sobie wypróbował jej własności narkotyczne i znieczulające. Dopiero jednak w roku 1883 Rybołówka weszła w powszechne użycie w Anglii i Ameryce, gdzie zalecano ją przy delirium tremens, stanach szałowych i kaszlu gruźlików.

W Europie, zbadali jej działanie znany lekarz paryski, polski emigrant dr. L a n d o w s k i i profesorowie: H u c h a r d i D u j a r d i n - B e a u m e t z, kt´rzy stwierdzili silne działanie wyciągu z Rybołówki na zwoje nerwowe i układ sympatyczny.

H a r t wydzielił z wodnego wyciągu Rybołówki alkaloid krystaliczny: p i s c i d i n ę, nierozpuszczalną w wodzie, słabo rozpuszczalną w alkoholu, a doskonale — w benzynie i chloroformie; odkrycie to było potwierdzone w roku 1899 przez B e r b e r i c h a, który wydzielił również z tego wyciągu i ciała żywiczne, oraz w roku 1919 przez P i t t e n g e r a i E w e'a. Ci ostatni ustalili doświadczalnie na psach, że działanie czystej piscidyny jest o 38—45% słabsze od działania pełnego wyciągu wodno - alkoholowego świeżej Rybołówki.

Odmiennie od tych badaczy, D a n c k w o r t i S c h ü t t e, badając tę roślinę w 1934 roku, nie wykryli w niej żadnych alkaloidów, lecz — rozpuszczalny w wodzie — glukozyd o własnościach saponin.

Chociaż więc ciała czynne Rybołówki nie są jeszcze dostatecznie zbadane, jest bezsporna jej wartość lecznicza, zwłaszcza jako środka nasennego w tych wypadkach, gdy bezsenność jest wynikiem bólu (lecz nie podniecenia nerwowego, przemęczenia lub trosk moralnych!). Autor miał również możność w pełni docenić wartość tego środka, w czasie Wielkiej Wojny, u najcięższej rannych.

Wyjątkowo wartościowe jest działanie Rybołówki przy bólach rejonu miednicowego: XL — LX kropli nalewki lub 2 — 3 gramy wyciągu płynnego wywierają szybki efekt w bólach krzyża i dołu brzucha (u kobiet: przy metritis i salpingitis, u mężczyzn: przy orchitis i prostatitis; u obu płci — przy cystitis).

Zalecenia godne są zestawienia następujące:

Nalewki z rybołówki [1])	20 g
Nalewki z zawilca (Anemone pulsatilla)	10 g

Trzy razy dziennie po 20 do 30 kropli.

Ekstraktu płynnego z rybołówki [1])	10 g
Ekstraktu płynnego z głogu dwuszyjkowego (Crataegus oxyacantha)	5 g
Glyceriny	40 g
Wody przekroplonej Q. S. ad	200 cm^3

Podawać 2 do 4 łyżeczek deserowych na dzień.

Przy b ó l a c h m i e s i ą c z k o w y c h dobre rezultaty dają czopki (1 — 2 na dobę) o składzie:

Wyciągu wodno-alkoholowego z rybołówki	0,15 g
Masła kakaowego	5 g

na 1 czopek.

K a t a r y s i e n n e leczą się szybko przy podawaniu rano i wieczorem po 20 — 30 kropli ekstraktu płynnego z Rybołówki, a 3 — 4 razy na dzień po 5 kropli ekstraktu płynnego z Gelsemium. Proste te środki fytoterapeutyczne pomagały prof. dr. Leclercowi często w takich wypadkach, kiedy najbardziej zalecane przy katarach siennych leki zawodziły zupełnie.

Cherimoya. (Annona Cherimoya Mill.) Prof. dr H. L e c l e r c.

La Presse Médicale Nr. 19/1938.

Wśród owoców podzwrotnikowych, które z Peru, Kolumbii, Wenezueli i wysp Antylskich są

[1]) N a l e w k a (Tinctura) jest to wyciąg z rośliny, otrzymany — przeważnie — drogą maceracji 1 cz. świeżej rośliny w 5 — 10 cz. 65 — 80% alkoholu; e k s t r a k t p ł y n n y (Extractum fluidum) jest to wyciąg z rośliny, otrzymany w taki sposób, aby 1 cz. ekstraktu ściśle (wagowo) odpowiadała 1 cz. świeżej rośliny. Rozpuszczalnikiem przy ekstraktach jest również alkohol, jednak zwykle bardziej rozcieńczony (30 — 50%), a sama ekstrakcja dokonywa się w perkolatorach, w których przez warstwę rośliny powoli przepływa alkohol, wyługowując i zabierając ze sobą substancje czynne. (Przyp. Ref.).

sprowadzane do Francji, Anglii i Belgii (a które u nas, w Polsce, są całkowicie nieznane), zasługują na specjalną uwagę ze względu na ich wartości lecznicze — owoce Cherimoyi.

Są to owoce wielkości gruszki o kształcie serc — „fructus cardiformis vel instar inversi pyri", jak je opisywał w swoim czasie G. Rumphius, dodając, że „aliis immixtus fructibus ranam quodammodo refert", — barwy zielonej w stanie współdojrzałym, brunatnej lub nawet czarnej po dojrzeniu. Pod grubą skórką, przypominającą skórkę melona, znajduje się tłustawy miąższ biały, podobny do śmietany, zawierający w sobie 16 — 20 ziarn brązowych, owalno-wydłużonych, bardzo tłustych. Wytłoczony z nasion tych olej jest silnym środkiem czerwiogubnym.

Badania chemiczne jadalnego miąższu Cherimoyi wykryły w nim prawie 12% cukru, 2,8% białka roślinnego, 0,12% ciał pektynowych i życian C.

Smak tych owoców — kwaskowaty i aromatyczny — przypomina landrynki (cukierki angielskie).

W ojczyźnie swej owoc ten jest bardzo ceniony jako lek, tonizujący przewód pokarmowy, ułatwiający trawienie i silnie moczopędny. Jak wykazały spostrzeżenia poczynione przez autora we Francji zalety te nie są przechwalone i chorzy, którzy spożywali owoce Cherimoyi przed każdym posiłkiem, szybko zapominali o swych katarach żołądka i jelit, które im się ciężko dawały we znaki — przed tą kuracją.

Bieguniecznik: Simarouba officinalis D. C. (Le Simarouba). Prof. dr H. Leclerc.

La Presse Médicale Nr. 29/1938.

Chociaż lekospis urzędowy francuski skreślił w r. 1908 bieguniecznik z listy środków ziołoleczniczych, jednak medycyna francuska do dziś dnia używa kory tej rośliny, jako cennego środka przy ostrych cierpieniach jelit, wypróbowanego szeroko w koloniach przy czerwonkach i nawet przy cholerze.

Lek ten działa, prawdopodobnie, zarówno przez zawarte w nim garbniki, jak i przez 2 składniki, których przyroda chemiczna nie jest jeszcze wyjaśniona: simarubinę i simarubeinę. W stanie czystym są to ciała trujące, działające na ustrój żywy porażająco.

Badania fizjologiczne i kliniczne wykazały, że wyciąg z kory bieguniecznika zapobiega skurczom mięśni gładkich przewodu pokarmowego, co tłomaczy wskazania tego leku przy cierpieniach żołądka i jelit, połączonych z bolesnymi skurczami; wywiera on również działanie hamujące na wydzielanie tych organów, co ma znaczenie niemałe przy męczących przejawach czerwonki itp.

Efekt szybki i skuteczny otrzymuje się przy stosowaniu recept następujących:

1) 5 gramów kory bieguniecznika i 10 g korzenia lukrecji gotuje się przez 2 minuty (a następnie pozostawia w cieple dla naparzenia przez 20

minut) w 300 cm³ wody; napar ten wypija się w 3-ch porcjach w ciągu dnia (przed posiłkami);

2) ekstraktu płynnego z bieguniecznika 15 g. syropu ze skórek gorzkich pomarańczy q. s. ad 500 g; przyjmować po jednej łyżeczce deserowej 3 razy na dzień.

Gdyby występowały mdłości, dawki należy zmniejszyć o ⅓.

Prof. Jan Muszyński — Fytoterapia. (Podręczna Encyklopedia Lekarza - praktyka, tom 3) Warszawa, Wydawnictwo „Eskulap", 1938. Stron 152 + XXI nlb.

Najznakomitszy nasz fytoterapeuta o imieniu szeroko rozsławionym poza granicami Polski, prof. Jan Muszyński z Wilna ogłosił świeżo w dziale współczesnych metod leczenia „Podręcznej Encyklopedii Lekarza-praktyka" wskazówki leczenia środkami roślinnymi, starając się „z bogatej skarbnicy lecznictwa roślinnego wydobyć najbardziej cenne i celowe środki, zachowując jednak przy tym należny naukowy krytycyzm".

Na 152 stronach dużej 8-ki Autor opisał kolejno organy i części roślin, używanych w lecznictwie, oraz postacie leków roślinnych (rzecz bardzo ciekawa dla lekarzy - praktyków); podając następnie obszerny wykaz — używanych obecnie — leków roślinnych wraz z podziałem ich według sposobu działania.

W wykazie leków roślinnych prof. Muszyński omówił 224 rośliny, używane w lecznictwie, wskazując ich przynależność botaniczną, skład chemiczny i zastosowania praktyczne. Żałować wypada, że nie ma — w tak świetnie pomyślanej monografii — ilustracji, chociażby nawet jednobarwnych, które byłyby tym bardziej celowe i przydatne obecnie, gdy wiadomości botaniczne lekarzy nie są zbyt duże.

Praca prof. Muszyńskiego bardzo wzbogaca nasze piśmiennictwo fytoterapeutyczne i z głębokim przekonaniem przyłączyć się można do słów przedmowy prof. dra Schilling-Siengalewicza, że „podręcznik ten zostanie przyjęty z należnym uznaniem przez lekarzy, zwróci uwagę na ważną dziedzinę fytoterapii, a może nie jednego czytelnika zachęci do szerszego zainteresowania się tym zagadnieniem".

Na karb korekty kładziemy opuszczenie w tekście opisu roślin: dziurawca (cieszącego się zdawna tak zasłużoną sławą leczniczą), oraz Fucus vesiculosus, Lichen pulmonarius, Stipites periplocae i Herba maté, które są wspomniane kilkakrotnie w „podziale terapeutycznym leków roślinnych". W podziale tym znalazł się natomiast dość sieroco mentol, który rośliną leczniczą wszak nie jest (innych produktów farmaceutycznych pochodzenia roślinnego, jak np. olejków, alkaloidów itp., „podział terapeutyczny" i słusznie nie podaje).

W podanym piśmiennictwie są duże braki. Wśród dzieł ogólnych nie wspomniano o wielkim 3-tomowym dziele Madäusa „Heilpflanzen", w którego opracowaniu brał czynny udział i prof. Muszyński, opuszczono francuską monografię Parturiera „Précis de Phytothérapie hépato-biliaire" i cały szereg prac zasłużonego krzewiciela fytoterapii w Polsce mgra Jana Biegańskiego; wśród prac i artykułów specjalnych — brak ogromnej ilości komunikatów Leclerca i wielu innych lekarzy, o których dane bibliograficzne znaleźć można choćby w „Phytoterapii" dra Lypy (Warszawa 1933, str. 168 — 180) i w wielu streszczeniach fytoterapeutycznych „Wiedzy Lekarskiej". Spośród tak nielicznych oryginalnych opracowań polskich, brak dra Jerzego Lypy — pracy nad żywokostem: „Symphytum asperum w odżywianiu dzieci". (Wiedza Lekarska Nr 5/1935).

Usterki te nie umniejszają — rzecz jasna — ogromnych zalet omawianego dzieła.

Zielnik lekarski Dra Augusta Czarnowskiego. Warszawa, 1938 (J. Przeworski); str. 256, tablic barwnych XVIII.

Stwierdzić z radością należy, że zainteresowanie fytoterapią z każdym rokiem wyraźnie wzrasta wśród najszerszych sfer naszego społeczeństwa; dowodem tego niezbitym jest choćby wydanie, w roku bieżącym tej książki przez księgarnię warszawską, odznaczającą się dużym wyczuciem popytu rynku i dotychczas — z książek lekarskich — wydającą tylko te, które mogły liczyć na bardzo wielki zbyt (np. Van de Velde).

„Zielnik" dra Czarnowskiego w początku bieżącego stulecia, w czasach pewnej popularności wodolecznictwa i ziołolecznictwa ks. Kneippa, cieszył się ogromnym wzięciem. Autor z dużą erudycją zebrał w nim 125 roślin leczniczych, opisanych bardzo starannie i ilustrowanych dość dobrze.

Czytelnik znajdzie przy każdej roślinie wskazane dane botaniczne, czas kwitnięcia i zbioru, składniki zawarte w opisywanej roślinie, jej działanie i sposób zastosowania.

Wydanie omawiane przedstawia się graficznie zupełnie zadowalniająco: druk czysty, papier dobry, ilustracje jednak często pozostawiają dużo do życzenia (barwy!). Pomimo tych jednak niedociągnięć, książka ta spełni, niewątpliwie, swe zadanie rozpowszechniania wiadomości ziołoleczniczych w Polsce i wobec niebogatej naszej literatury, w której dotychczas — prócz cennych prac pioniera renesansu naszej fytoterapii, Mgr. Jana Biegańskiego, i „Ziołolecznictwa" dra Lypy — było książek tak nie wiele, — witamy tę nową pozycję bibliograficzną życzliwie.

Żałujemy, jedynie, że doświadczony fytoterapeuta, który pisał słowo wstępne o autorze „Zielnika" d-rze Czarnowskim, nie zadał sobie trudu przejrzenia całej książki i usunięcia z niej zwrotów, które czasami są rażącymi błędami językowymi, np. natron, sole natronowe (str. 33 i inne), niedokwas żelaza (str. 33, 58 i inne), słono-kwaśny sód i wapń (str. 39), żelazisto-zieleniejący garbnik (str. 39, 49 i inne); czasami zaś — choć książkę pisał lekarz, a dwóch lekarzy do niej pisało przedmowę — czasami zaś określeniami zupełnie nie naukowymi („działanie pobudzające na narządy podbrzusza", „sole roślinne i fosforowe").

Wład. Biernacki.

KOMUNIKATY

PISMO OKÓLNE MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ Z DNIA 25 MARCA 1938 R. NR ZN. 14A/19-8 W SPRAWIE STOSOWANIA ANNOGENU.

Do

urzędów wojewódzkich i komisariatu rządu na m. st. Warszawę.

Ministerstwo Opieki Społecznej zarządza włączenie annogenu do lekospisu, obowiązującego lekarzy państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych (załącznik do p. o. z dn. 30.IX. 1935 r. Nr Zn. 14a/6-5 — Dz. Urz. M. O. S. Nr 17/35, str. 450).

Jednocześnie dołącza się opis własności leczniczych annogenu, z którym należy zapoznać wszystkich lekarzy państwowej pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych z zaleceniem najszerszego stosowania tego środka w praktyce.

Niezależnie od powyższego Ministerstwo Opieki Społecznej prosi o zwrócenie się do wszystkich instytucyj na terenie województwa (m. st. Warszawy), które mają zorganizowaną pomoc lekarską dla swych pracowników, z zaleceniem stosowania tego środka przez lekarzy.

Rozpowszechnienie tego środka i wybitne wzmożenie jego produkcji w czasie pokoju jest bardzo ważne ze względu na jego wybitne znaczenie przy ratowaniu i leczeniu zatrutych bojowymi środkami chemicznymi.

(—) *Dr E. Piestrzyński*
Podsekretarz Stanu

1 zał.

Zał. do p. o. M. O. S. nr Zn. 14a/19-8.

ANNOGEN.

Skład chemiczny: oczyszczona sól sodowa chloryloaminy' kwasu benzenosulfonowego.

Własności: zawiera 14,7% aktywnego chloru, dzięki czemu należy do środków chemicznie bardzo czynnych. Istota działania annogenu może być dwojaka, zależnie od tego, jak został on użyty: w stanie suchym czy też w wodnym rozczynie. Przy zetknięciu się na sucho z innymi ciałami chemicznymi annogen wydziela chlor. Rozpuszczony w wodzie wydziela wolny tlen in statu nascendi. Biorąc pod uwagę wysoki procent czynnego chloru, jaki zawiera annogen, możemy zaliczyć środek ten do silnie utleniających (w rozczynach wodnych). Działa on odkażająco i odwaniająco. Pod względem siły bakteriobójczej przewyższa inne środki dezynfekcyjne. Zastosowany w odpowiednim stężeniu preparat ten pozbawiony jest ubocznych toksycznych wpływów i nie wywołuje podrażnienia tkanek. W wodzie łatwo się rozpuszcza i przez kilka miesięcy nie traci swych własności.

Annogen znajduje szerokie zastosowanie w wielu gałęziach medycyny oraz weterynarii.

OGÓLNE WYTYCZNE DO STOSOWANIA ANNOGENU.

Wskazania.	Dawkowanie.
Chirurgia:	
Odkażenie rąk, pola operacyjnego, narzędzi i gazy	— roztwór 0,5 — 1,0%.
Okłady pod ceratką, przemywanie i sączkowanie ran ropnych, przetok i owrzodzeń (działanie zbliżone do wody utlenionej; rany zakażone gronkowcem, paciorkowcem lub pałeczką obrzęku złośliwego po kilku dniach stosowania annogenu nie wykazują obecności bakterii i oczyszczają się).	— roztwór 0,1 — 0,25%.
W wypadkach ze wskazaniem zastosowania maści dezynfekującej stosuje się annogen ze sterynianem sodu	— maść 1%.

Uwaga: Do przemywań ran lub owrzodzeń silnie ropiejących należy początkowo używać roztworów o wyższym procencie annogenu, gdyż annogen wchodzi w połączenie z ciałami białkowymi i traci na swej bakteriobójczej własności.

Wskazania.	Dawkowanie.
Choroby wewnętrzne:	
Odkażanie przewodu pokarmowego przy zatruciach pokarmowych, nieżytach jelit i czerwonce	— 0,05 — 0,1 pro dosi w połączeniu z carbo ligni, calc. carbon. i magnesia usta.
Jako anthelminticum przy pasorzytach przewodu pokarmowego	— w lewatywie 0,5 — 1,0%.

Laryngologia:

Anginy i stany zapalne, sprawy ropne górnego odcinka dróg oddechowych	— 0,1% roztwór do płukania.

Choroby skóry:

Przy hyperhydrosis jako przysypka.	— 1 : 10 (z talkiem).
Przy łojotoku, trądziku, czyraczności, zanokcicy, zajadach, róży, ulcus cruris itd. do zmywania lub okładów	— roztw. 0,25 — 0,5%.
lub w postaci pasty na sterynianie sodowym	— maść 1%.

Okulistyka:

Ropne zapalenie spojówek, wrzód rogówki, do przemywania lub okładów	— roztwór 0,1% w fizjol. roztworze soli.

Urologia:

Do przemywań w zapaleniu cewki moczowej i pęcherza	— roztw. 0,01 — 0,025% w fizjol. roztw. soli.

Ginekologia:

Do przemywań i tamponów przy upławach lub stanach zapalnych narządów rodnych	— roztwory 0,1 — 0,25%.

Higiena:

Do dezynfekcji bielizny i naczyń po chorych zakaźnych, odkażania plwociny i kału	— roztwór 2 — 3%.
Jako desodorans jamy ustnej do płukania	— roztwór 0,1%.
Do celów higieny w postaci mydła	— 10%.
Jako profilakticum od pocenia się nóg w marszu, otarcia stopy i furunkulozy	— przysypka z talkiem 1 : 10.

(Dziennik Urzędowy Ministerstwa Opieki Społecznej Nr 71/1938, poz. 98).

Zapisujcie się na członków Rodziny Lekarskiej. konto czek. P.K.O. nr. 15.922
Składajcie ofiary na budowę schroniska dla wdów i sierot po lekarzach
konto czekowe P.K.O. nr. 18.235

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.